ESTIMATES

Health Canada

2005-2006
Estimates

Part III – Report on Plans and Priorities

Canada

The Estimates Documents

Each year, the government prepares Estimates in support of its request to Parliament for authority to spend public monies. This request is formalized through the tabling of appropriation bills in Parliament. The Estimates, which are tabled in the House of Commons by the President of the Treasury Board, consist of:

Part I – The Government Expense Plan provides an overview of federal spending and summarizes the key elements of the Main Estimates.

Part II – The Main Estimates directly support the *Appropriation Act*. The Main Estimates identify the spending authorities (votes) and amounts to be included in subsequent appropriation bills. Parliament will be asked to approve these votes to enable the government to proceed with its spending plans. Parts I and II of the Estimates are tabled concurrently on or before March 1.

Part III – Departmental Expenditure Plans, which is divided into two components:

1) **Reports on Plans and Priorities (RPPs)** are individual expenditure plans for each department and agency (excluding Crown corporations). These reports provide increased levels of detail over a three-year period on an organisation's main priorities by strategic outcome(s), program activity(s) and planned/expected results, including links to related resource requirements. The RPPs also provide details on human resource requirements, major capital projects, grants and contributions, and net program costs. They are tabled in Parliament by the President of the Treasury Board on behalf of the ministers who preside over the departments and agencies identified in Schedules I, I.1 and II of the *Financial Administration Act*. These documents are usually tabled on or before March 31 and referred to committees, which may then report to the House of Commons pursuant to Standing Order 81(4).

2) **Departmental Performance Reports (DPRs)** are individual department and agency accounts of results achieved against planned performance expectations as set out in respective RPPs. These Performance Reports, which cover the most recently completed fiscal year, are tabled in Parliament in the fall by the President of the Treasury Board on behalf of the ministers who preside over the departments and agencies identified in Schedules I, I.1 and II of the *Financial Administration Act*.

Supplementary Estimates directly support an *Appropriation Act*. The Supplementary Estimates identify the spending authorities (votes) and amounts to be included in the subsequent appropriation bill. Parliamentary approval is required to enable the government to proceed with its spending plans. Supplementary Estimates are normally tabled twice a year, the first document in early November and a final document in early March. Each Supplementary Estimates document is identified alphabetically A, B, C, etc. Under special circumstances, more than two Supplementary Estimates documents can be published in any given year.

The Estimates, along with the Minister of Finance's Budget, reflect the government's annual budget planning and resource priorities. In combination with the subsequent reporting of financial results in the Public Accounts and of accomplishments achieved in Departmental Performance Reports, this material helps Parliament hold the government to account for the allocation and management of public funds.

©Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented
by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2005

This document is available in multiple formats upon request.

This document is available on the TBS Web site at the following address: www.tbs-sct.gc.ca

Available through your local bookseller or by mail from
Canadian Government Publishing
Public Works and Government Services Canada
Ottawa (Ontario)
KIA OS5

Telephone: (613) 941-5995
Fax: (613) 954-5779 or 1-800-565-7757 (Canada and U.S.A.)
Orders only: 1-800-635-7943 (Canada and U.S.A.)
Internet: http://publications.gc.ca

Catalogue No.: BT31-2/2006-III-29
ISBN 0-660-62753-1

105-04088/

Health Canada

2005–2006 Estimates

Part III — Report on Plans and Priorities

Canada's Health History at a Glance

Creation of the Public Health Agency of Canada	2004	2004	Ten-Year Plan to Strengthen Health Care signed at First Ministers' Meeting
Act Respecting Assisted Human Reproduction and Related Research	2004	2003	Appointment of Dr. Carolyn Bennett as Minister of State for Public Health "Learning from SARS — Renewal of the Public Health in Canada" Report released
Pest Control Products Act	2002	2002	Romanow Report released
Canadian Institutes of Health Research Act	2000		
Canadian Environmental Protection Act	1999		
Tobacco Act & *Canadian Food Inspection Agency Act*	1997		
Controlled Drugs and Substances Act, *Department of Health Act*	1996	1996	Life expectancy in Canada reaches 81.4 years for women and 75.7 years for men
Health Canada established	**1993**		
Canadian Centre on Substance Abuse Act	1988		
Financial Administration Act, *Hazardous Materials Information Review Act*	1985	1987	Federal Centre for AIDS established
		1986	Ottawa Charter for Health Promotion (WHO)
Canada Health Act	1984		
		1981	Symptoms that now are considered diagnostic of AIDS are first reported in Los Angeles and New York
The Established Program Financing Act	1974	1974	Lalonde Report: A New Perspective on the Health of Canadians
		1972	National Health Insurance Plan for hospitals and medical care in Canada instituted; life expectancy in Canada reaches 76 years for women and 69 years for men
Radiation Emitting Devices Act	1970		
Hazardous Products Act	1969		
Canada Medical Care Act	1966	1967	Christiaan Barnard, a South African surgeon, performs the first whole heart transplant from one person to another
Hospital Insurance and Diagnostic Services Act	1957	1960	Development of the oral contraceptive by the American biologist Gregory Pincus
Food and Drugs Act	1953	1955	Polio vaccine made available by injection
		1947	Canada's first public health insurance plan instituted in Saskatchewan
Department of National Health and Welfare established	1944	1944	Halifax physician Oswald Theodore first to show that DNA is agent responsible for transfering genetic information
		1933	Montreal's Dr. Armand Frappier responsible for BCG vaccine production in Canada
		1929	British researcher Sir Alexander Fleming discovers penicillin
		1925	Montreal tuberculosis clinic prepares BCG vaccine for pilot project
		1922	First life expectancy data in Canada recorded 61 years for women and 59 years for men
Department of Health established	1919	1921	Canadian researchers Banting and Best treat diabetes using their newly discovered insulin
		1918	Spanish influenza kills more than 20 million people worldwide
Tobacco Restraint Act, *Propriety or Patent Medicines Act*	1908	1908	National Association of Nurses founded
Propriety of Patent Medicines Act	1902		
		1897	Victorian Order of Nurses established
		1896	Canadian Red Cross Society established
		1892	"Principles and Practices of Medicine" published by Canadian physician Sir William Osler
Quarantine Act, *Adulteration Act* (precedes *Food and Drugs Act*)	1874	1874	First nursing training school established by Dr. Theophilus Monk in St. Catharines, Ontario
		1867	Emily Jennings Stowe becomes Canada's first female physician

1870's 1880's 1890's 1900's 1910's 1920's 1930's 1940's 1950's 1960's 1970's 1980's 1990's 2000's

Federal Health Ministers

The Department of Health was established in 1919. Canada's First Minister of National Health was Newton Roswell. Previously, public health matters were handled mainly by the Department of Agriculture. In 1944, the Department of National Health and Welfare was established and in 1993, Health Canada was created.

Minister of Health	Period	Prime Minister
Ujjal Dosanjh	July 20, 2004 – present	Paul Martin Jr.
Pierre Pettigrew	December 12, 2003 – July 19, 2004	Paul Martin Jr.
Anne McLellan	January 15, 2002 – December 11, 2003	Jean Chrétien
Allan Rock	June 11, 1997 – January 14, 2002	Jean Chrétien
David Dingwall	January 25, 1996 – June 10, 1997	Jean Chrétien
Diane Marleau	November 4, 1993 – January 24, 1996	Jean Chrétien
Mary Collins	June 25, 1993 – November 3, 1993	Kim Campbell
Benoît Bouchard	April 21, 1991 – June 24, 1993	Brian Mulroney
Perrin Beatty	January 30, 1989 – April 20, 1991	Brian Mulroney
Jake Epp	September 17, 1984 – January 29, 1989	Brian Mulroney
Monique Bégin	March 3, 1980 – September 16, 1984	Pierre Trudeau/John Turner
David Crombie	June 4, 1979 – March 2, 1980	Joe Clark
Monique Bégin	September 18, 1977 – June 3, 1979	Pierre Trudeau
Marc Lalonde	November 27, 1972 – September 17, 1977	Pierre Trudeau
John C. Munro	July 6, 1968 – November 26, 1972	Pierre Trudeau
Allan MacEachen	December 18, 1965 – July 5, 1968	Lester Pearson/Pierre Trudeau
Judy LaMarsh	April 22, 1963 – December 17, 1965	Lester Pearson
Jay Waldo Monteith	August 22, 1957 – April 21, 1963	John Diefenbaker
Alfred Johnson Brooks*	June 21, 1957 – August 21, 1957	John Diefenbaker
Paul Martin Sr.	December 12, 1946 – June 20, 1957	William Lyon Mackenzie King/ Louis St-Laurent
Brooke Claxton	October 18, 1944 – December 11, 1946	William Lyon Mackenzie King

* Acting Minister of Health

Table of Contents

Health Canada's Report on Plans and Priorities 2005–2006 follows the revised reporting guidelines set out by the Treasury Board of Canada, Secretariat. Therefore, the reporting format differs from the Report on Plans and Priorities 2004–2005. For more details see http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/20052006/p3_e.asp

Section 1: Overview 1

Minister's Message 2

Departmental Overview 3

Summary Information 3

About Health Canada 3

Our Vision 3

Mission Statement 3

Objectives 4

Roles 4

Health Canada's Regions 4

Acting in Concert with Others 6

Departmental Plans and Priorities — the Health Canada Planning Context 6

Departmental Medium-Term Priorities 6

To Maintain Confidence in a Publicly-funded Health Care System 7

To Improve the Quality of Life of Canadians 7

To Reduce the Risks to the Health of the People of Canada 8

To Improve Accountability to Canadians 9

Endnotes and Web Site Links 9

Section 2: Analysis of Program Activities by Strategic Outcome 11

Strategic Outcome # 1: Strengthened Knowledge Base to Address Health and Health Care Priorities 12

Program Activity Description 12

Implementing the Ten-Year Plan to Strengthen Health Care 13

Maintaining Confidence in the Publicly-funded Health Care System 15

Accelerating the Use of Information and Communications Technologies 15

Expanding and Improving the Indicators of Health System Performance 16

Health Sciences Policy 16

New Health Protection Legislation 16

Assisted Human Reproduction 17

Improving Access to Health Services by Official Language Minority Communities 17

International Collaboration 17

Endnotes and Web Site Links 18

Strategic Outcome # 2: Access to Safe and Effective Health Products and Food and Information for Healthy Choices 19

Program Activity Description 19

Transform Our Efficiency, Effectiveness and Responsiveness as a Regulator 19

Increasing Responsiveness to Public Health Issues and Greater Vigilance of Safety and Therapeutic Effectiveness 21

Improving Transparency, Openness and Accountability to Strengthen Public Trust and Stakeholder Relationships 22

Providing Authoritative Information for Healthy Choices and Informed Decision Making 23

Endnotes and Web Site Links 23

Strategic Outcome # 3: Reduced Health and Environmental Risks From Products and Substances, and Safer Living and Working Environments 24
Program Activity Description — Healthy Environments and Consumer Safety 24
Workplace and Environmental Hazards, Consumer Products (Including Cosmetics), Radiation-Emitting Devices, New Chemical Substances and Products of Biotechnology 25
Tobacco Consumption and the Abuse of Drugs, Alcohol and Other Controlled Substances 26
Endnotes and Web Site Links 27
Program Activity Description — Pest Control Product Regulation 28
Implementing the New *Pest Control Products Act* 29
Improving Efficiencies 29
Informing, Consulting and Involving Canadians 29
Endnotes and Web Site Links 30
Strategic Outcome # 4: Better Health Outcomes and Reduction of Health Inequalities Between First Nations and Inuit and Other Canadians 31
Program Activity Description 31
Implementing the First Ministers' Commitments on Aboriginal Health 32
Addressing Early Childhood Health Priorities 32
Acting on Major Threats to Aboriginal Health 33
Supporting Effective Health Services in First Nations and Inuit Communities 33
Endnotes and Web Site Links 34

Section 3: Supplementary Information 35
Management Representation Statement 36
Health Portfolio 37
Table 1: Departmental Planned Spending and FTEs 38
Table 2: Program Activities for 2005–2006 40
Table 3: Voted and Statutory Items Listed in Main Estimates 41
Table 4: Net Cost of Department for 2005–2006 42
Table 5: Sources of Respendable and Non-Respendable Revenues 43
Table 6: Resource Requirements by Branch and by Program Activity 44
Table 7: Major Regulatory Initiatives 45
Table 8: Details on Transfer Payments Programs 49
Table 9: Foundations (Conditional Grants) 52
Table 10 : Horizontal Initiatives 53

Section 4: Other Items of Interest 55
Advancing the Science Agenda 56
Health Canada Highlights from the 2005 Federal Budget 57
Health Care and Health Protection 57
Health and the Environment 57
Aboriginal Health 57
Expenditure Review 57
Departmental Contacts 59

1 Overview

Minister's Message

Helping Canadians to maintain and improve their health is a top priority of the Government of Canada. Health Canada has committed itself to improving the lives of all of Canada's people and to making this country's population among the healthiest in the world. The Department's 2005–2006 *Report on Plans and Priorities* builds on the progress we made in 2004 and provides an overview of our planned responses to the opportunities and challenges facing us.

Strengthening and renewing Canada's publicly funded system is at the forefront of Health Canada's agenda. At the First Ministers' Meeting of September 2004, the Prime Minister and the Premiers signed the Ten-Year Plan to Strengthen Health Care that will lead to better health care for all Canadians. The Plan provides new federal investments of $41 billion over the next 10 years and responds directly to the key concern of Canadians — reducing wait times and improving access to care. Important progress has been made on Aboriginal health as well. First Ministers and Aboriginal Leaders agreed to develop a collaborative blueprint for concrete action to improve Aboriginal health and access to services. The federal government also announced $700 million to enhance prevention and promotion programming, develop Aboriginal health human resources and create an Aboriginal Health Transition Fund to enable governments and communities to devise new ways to integrate and adapt existing health services to better meet the needs of Aboriginal people.

Overall, the Plan demonstrates our continued commitment to providing leadership and working together with the provinces, territories and stakeholders to ensure Canadians have the best possible health care system. The Ten-Year Plan reflects a shared commitment of federal, provincial and territorial governments to public accountability and commits to providing performance measurement indicators, which will help ensure that we reach our goals.

As this report shows, Health Canada will continue to seek ways to minimize health risks and to protect the health of Canadians. We are making strides on a number of important issues — mandatory adverse reaction reporting, disclosure of clinical trials, mental health issues, environmental health, reduction of tobacco use and continued work on the *Therapeutics Access Strategy*, a proactive strategy that requires the dedication of all stakeholders. We are constantly examining ways to be more innovative and results-oriented. Health Canada will work with other health portfolio partners, including the new Public Health Agency of Canada, which works in health promotion, illness prevention and emergency preparedness and response.

Health Canada remains committed to delivering tangible results to Canadians. This *Report on Plans and Priorities* sets out Health Canada's strategies to help maintain and improve the health of citizens. It signals a broad, ambitious and balanced agenda — an agenda that reflects the priorities of Canadians.

Ujjal Dosanjh
Minister of Health

Departmental Overview

Summary Information

Departmental Spending		
Financial Resources (in millions of dollars):		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
2,879.0	2,632.5	2,641.7
Human Resources:		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
8,123	8,082	8,037

Departmental Priorities (in millions of dollars)

		Planned Spending		
	Type	2005–2006	2006–2007	2007–2008
To Maintain Confidence in a Publicly-funded Health Care System	Ongoing	437.9	171.4	163.5
To Improve the Quality of Life of Canadians	Ongoing	1,849.3	1,881.8	1,909.0
To Reduce the Risks to the Health of Canadians	Ongoing	356.2	343.5	336.7
To Improve Accountability to Canadians	Ongoing	235.6	235.8	232.5

About Health Canada

Health matters deeply to Canadians — to individuals, families and communities — as does Canada's health system, which has become a defining feature of this country. The importance of health to Canadians is grounded in our knowledge of, and experience with, the tremendous benefits of good health to individual well-being and to the well-being of our society and economy. The importance of reducing health inequalities reflects a shared sense of commitment to the health of all Canadians.

Parliament and the Government of Canada recognize the high priority that Canadians place on health, and both have given Health Canada the mandate to address Canada's health agenda. The *Department of Health Act* formally establishes the Department's mandate, while the Minister of Health is also responsible for the direct administration of another 18 laws, which include the *Canada Health Act*, the *Food and Drugs Act*, the *Pest Control Products Act*, and the *Controlled Drugs and Substances Act*.[1] In addition to these legislated responsibilities, the Department has significant science and research, policy development, and program and service delivery roles that benefit Canadians.

Our Vision

Health Canada is committed to improving the lives of all of Canada's people and to making this country's population among the healthiest in the world as measured by longevity, lifestyle and effective use of the public health care system.

Mission Statement

To help the people of Canada maintain and improve their health.

Departmental Overview

Summary Information

Departmental Spending		
Financial Resources (in millions of dollars):		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
2,879.0	2,632.5	2,641.7
Human Resources:		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
8,123	8,082	8,037

Departmental Priorities (in millions of dollars)

		Planned Spending		
	Type	2005–2006	2006–2007	2007–2008
To Maintain Confidence in a Publicly-funded Health Care System	Ongoing	437.9	171.4	163.5
To Improve the Quality of Life of Canadians	Ongoing	1,849.3	1,881.8	1,909.0
To Reduce the Risks to the Health of Canadians	Ongoing	356.2	343.5	336.7
To Improve Accountability to Canadians	Ongoing	235.6	235.8	232.5

About Health Canada

Health matters deeply to Canadians—to individuals, families and communities—as does Canada's health system, which has become a defining feature of this country. The importance of health to Canadians is grounded in our knowledge of, and experience with, the tremendous benefits of good health to individual well-being and to the well-being of our society and economy. The importance of reducing health inequalities reflects a shared sense of commitment to the health of all Canadians.

Parliament and the Government of Canada recognize the high priority that Canadians place on health, and both have given Health Canada the mandate to address Canada's health agenda. The *Department of Health Act* formally establishes the Department's mandate, while the Minister of Health is also responsible for the direct administration of another 18 laws, which include the *Canada Health Act*, the *Food and Drugs Act*, the *Pest Control Products Act*, and the *Controlled Drugs and Substances Act*. In addition to these legislated responsibilities, the Department has significant science and research, policy development, and program and service delivery roles that benefit Canadians.

Our Vision

Health Canada is committed to improving the lives of all of Canada's people and to making this country's population among the healthiest in the world as measured by longevity, lifestyle and effective use of the public health care system.

Mission Statement

To help the people of Canada maintain and improve their health.

Objectives

By working with others in a manner that fosters the trust of Canadians, Health Canada strives to:

- prevent and reduce risks to individual health and the overall environment;
- promote healthier lifestyles;
- ensure high quality health services that are efficient and accessible;
- integrate renewal of the health care system with longer term plans in the areas of prevention, health promotion and protection;
- reduce health inequalities in Canadian society; and
- provide health information to help Canadians make informed decisions.

Roles

Health Canada plays five core roles in order to realize our vision. In playing these roles identified below, our Department draws on our strengths as a science-based department. We generate knowledge through the research, analysis and evaluations that we conduct, partner in and support. We also draw on the knowledge that is being generated around the world to help us and others make informed, effective choices across all five roles.

Leader/Partner through the administration of the *Canada Health Act*, which embodies the key values and principles of Medicare.

Funder through policy support for the federal government's Canada Health and Social Transfer, replaced on April 1, 2004 by the new Canada Health Transfer. Health Canada also transfers funds to First Nations and Inuit organizations and communities to deliver community health services and provides grants and contributions to various organizations that reinforce the Department's health objectives.

Guardian/Regulator through a stewardship role that involves both protecting Canadians and facilitating the provision of products vital to the health and well-being of our citizens. Our Department regulates and approves the use of thousands of products, including pesticides, toxic substances, pharmaceuticals, biologics, medical devices, natural health products, consumer goods and foods. We deliver a range of programs and services in environmental health and protection, and have responsibilities in the areas of substance abuse, tobacco policy, workplace health and the safe use of consumer products. As well, Health Canada monitors and tracks diseases and takes action where required.

Service Provider through the provision of supplementary health benefits to approximately 749,725 eligible First Nations and Inuit to cover pharmaceuticals, dental services, vision services, medical transportation, medical supplies and equipment, and crisis intervention mental health counselling. We support the delivery of public health and health promotion services on-reserve and in Inuit communities. We also provide primary care services on-reserve in remote and isolated areas, where there are no provincial services readily available.

Information Provider through performing high-quality science and research, we support policy development, regulate increasingly-sophisticated products and provide the services, information and management essential to affordable and world-class health care for Canadians. Through research and surveillance, we provide information that Canadians can use to maintain and improve their health.

Health Canada's Regions

Roughly 35% of Health Canada's staff are at work in communities outside of the National Capital Region, as indicated on the accompanying map. We deliver health services and programs in First Nations and Inuit communities, manage links with provincial and territorial governments, conduct laboratory investigations, work with local health organizations, serve as a frontline service and information provider for Canadians and much more. This strong regional presence enables us to maximize the reach and effectiveness of departmental programs and resources, by matching national directions to local conditions and opportunities.

Health Canada at Work Across the Country

Note: This map indicates only where Health Canada has significant presence.
* indicates location of Regional Directors General

Health Canada at Work Across the Country

Acting in Concert with Others

Health Canada works with the people of Canada through consultation and public involvement. This includes working with our partners: provincial and territorial governments, First Nations, Inuit and other Aboriginal organizations and communities, professional associations, consumer groups, universities and research institutes, international organizations, volunteers and other federal departments and agencies.

Departmental Plans and Priorities — the Health Canada Planning Context

Health Canada's plans and priorities are based on the latest research and analysis of health issues facing Canadians. They synthesize our Departmental commitments to focus on the most effective means to achieve health results for Canadians, given our Department's mandate and jurisdiction. This work includes:

- analyzing broad global and domestic social and economic trends that influence the health of Canadians;
- assessing the key health challenges facing Canadians and Canada's health system; and
- identifying how the Department can contribute to the achievement of the Government of Canada's broader policy directions and commitments, including those set out in Speeches from the Throne.

Most Health Canada resources are allocated to ongoing responsibilities, particularly those established under the *Department of Health Act* and other laws that include the *Canada Health Act*, the *Food and Drugs Act*, the *Pest Control Products Act*, and the *Controlled Drugs and Substances Act*. Our planning process recognizes the need to manage risks and relies on the effective use of scientific evidence and expertise.

Health Canada activities are a significant part of the work taking place across the Government of Canada Health Portfolio. We work with the other partners in this portfolio, each of which has its own Report on Plans and Priorities, namely:

- the Canadian Institutes of Health Research;
- the Hazardous Materials Information Review Commission;
- the Patented Medicine Prices Review Board; and
- the new Public Health Agency of Canada.

In 2004, the Government of Canada created the Public Health Agency of Canada to address Canada's public health challenges.

Departmental Medium-Term Priorities

For 2004–2005 and beyond, Health Canada established four medium-term corporate priorities that reflect our Department's vision, mission, mandate and jurisdiction, as well as Government of Canada directions and commitments, and First Ministers' Agreements. These priorities will continue to translate the key issues, health challenges and federal government-wide agenda, including the First Ministers' September 2004 Ten-Year Plan to Strengthen Health Care, into focal points for Departmental action in 2005–2006 and beyond. These priorities, described in detail below, are:

- to maintain confidence in a publicly-funded health care system;
- to improve the quality of life of Canadians;
- to reduce the risks to the health of Canadians; and
- to improve accountability to Canadians.

These priorities guided the Departmental decision to focus on four areas of strategic policy and program development, which are: sustaining health care renewal; towards a 21st century public health system; an Aboriginal health agenda; and health and the environment.

To Maintain Confidence in a Publicly-funded Health Care System

Canada's health care system accounts for a large share of public sector budgets and its effectiveness and accessibility is important to Canadians. Since 2000, the Government of Canada and the governments of the provinces and territories have agreed to a series of actions designed to maintain confidence in Canada's publicly-funded health care system. These agreements include support for structural reforms to primary health care, home care and catastrophic drug coverage; improved health human resources planning; and collaborative efforts to better manage drug costs. These agreements also provide long-term funding through increases in the Canada Health Transfer and investments in information and communications technology. Enhanced accountability for health care system performance is provided through support for the arm's-length Health Council of Canada and regular jurisdictional reporting to Canadians.

The Ten-Year Plan to Strengthen Health Care builds on this base with a focus on achieving tangible results for patients through reduced wait times in priority areas and improved access to home and primary health care services. The Plan will ensure an adequate supply and appropriate mix of health care professionals, including the acceleration and expansion of the assessment and integration of internationally trained health care graduates. It recognizes the unique health care delivery challenges in the North and encourages innovative delivery of health care services in rural and remote communities.

While the provinces and territories have primary responsibility for delivering on the commitments set out in the Ten-Year Plan, Canadians expect their governments to work in partnership to preserve and strengthen their health care system, and to work collaboratively on initiatives to modernize health programs and improve health care services delivery. Health Canada will act on this expectation, demonstrate leadership and work collaboratively with provinces and territories to ensure that the First Ministers' commitments are implemented.

Health Canada will act as an information and knowledge provider through research, surveillance and health promotion activities. We will build on existing collaborative work with provinces and territories in specific areas such as pan-Canadian health human resources planning, improved access to health services by Official Language Minority Communities, and expanding and improving the indicators of health system performance. As well, we will continue to act as a funder of health services through transfers to the provinces and territories and as the provider of non-insured health benefits to First Nations and Inuit. As the department responsible for the *Canada Health Act*, we remain the guardian of the universal publicly-funded health care system.

To Improve the Quality of Life of Canadians

Health is a key factor in improving the quality of life of Canadians. Although Canadians are among the healthiest people in the world by most indicators, rising obesity rates, the increasing prevalence of diabetes and other issues point to areas for action. Also, in comparison to the general Canadian population, Aboriginal peoples face a higher risk for poor health and demonstrate a greater prevalence of injuries, suicide and chronic conditions.

All levels of government have roles to play in protecting and promoting the health of Canadians. Health Canada plays an important leadership role working in collaboration with provincial and territorial governments and the health community.

Our Department recognizes the importance of balanced investments across illness prevention, health promotion, protection and care. The Department constantly examines the determinants of health in order to develop interventions that can improve the health outcomes of individuals, particular groups and the entire population. We develop policies and programs and work through partnerships to promote healthy choices and environments for individuals and communities. In addition, Health Canada's science and evaluation expertise represent important contributions to improving the impact of programs

and services that can have real and lasting benefits for Canadians.

Many of these activities represent ongoing work with specific priorities for attention that we note in Section II of this Report, such as our commitment to improve product regulation as part of the Government of Canada's larger commitment to "smart regulation."

In addition to those ongoing commitments, Health Canada is addressing the pressures facing the First Nations and Inuit health system and supporting sustainable health programming in their communities. Our goal is to provide efficient, effective and sustainable health services and programs that contribute to better health outcomes for First Nations and Inuit. Some significant investments and reforms have already been put in place through funding announced in recent budgets. The September 2004 First Ministers' Meeting with Aboriginal Leaders resulted in an agreement to build on this work. Under that agreement, the Government of Canada and the governments of the provinces and territories will work with Aboriginal organizations to develop a blueprint to improve the health status of Aboriginal peoples and health services in Canada. The goals of the blueprint are:

- improved delivery of and access to health services to meet the needs of all Aboriginal peoples through better integration and adaptation of all health systems;
- measures that will ensure that Aboriginal peoples benefit fully from improvements to Canadian health systems; and
- a forward looking agenda of prevention, health promotion and other upstream investments for Aboriginal peoples.

To reinforce that commitment, Health Canada will work to implement the Government's commitment to create an Aboriginal Health Transition Fund, which should lead to better health services to more effectively meet the needs of all Aboriginal peoples, including First Nations, Inuit and Métis. The Department will lead the new Aboriginal Health Human Resources Initiative and health promotion and disease prevention programs focussed on major Aboriginal health concerns.

To Reduce the Risks to the Health of the People of Canada

Reducing health risks takes many forms for Health Canada. A strong capability to perform and access the science necessary to do so underpins all of these activities. Our ongoing legislated responsibility to regulate various products is one example of this. Under the Therapeutic Access Strategy, we will continue to expand efforts to achieve timely reviews of pharmaceutical products, with full attention to safety and efficacy. As noted earlier in this section, our Department will work closely with the new Public Health Agency of Canada in order to strengthen the country's public health system.

Health and environment linkages represent a growing focus of Departmental attention under this corporate priority. Scientific evidence shows that hazards arising from environmental degradation, climate change and the introduction of new substances and technologies can affect the health of Canadians. Health Canada is already taking action across many health and environment topics, such as preparation to implement the new *Pest Control Products Act*, which strengthens the current emphasis on minimizing environment and health risks from pesticides, as well as research into health issues related to the *Canadian Environmental Protection Act*. The Department conducts and supports research on the health effects of pollutants and assessments of health-related environmental issues in specific regions, such as in border regions between Canada and the United States.

This work is expected to expand in response to greater awareness of environmental and health linkages. Collaboration with current or possible partners in other federal government departments, other governments and in the scientific and health communities should also grow as a more comprehensive health and environment agenda takes shape.

To Improve Accountability to Canadians

The previous three priorities are grounded in a Department-wide commitment to be accountable in delivering the results that Canadians expect and deserve. This priority incorporates Departmental activities to integrate the principles of sustainable development and modern comptrollership, introduce improved systems and processes for Departmental operations, and address human resource priorities.

The same commitment that has led First Ministers to agree to clear benchmarks for health system improvement is reflected in efforts to improve performance management within Health Canada that are focussed largely on health outcomes. For example, this Report is organized along the new Program Activity Architecture that aligns our desired strategic outcomes, Departmental priorities and high-level performance indicators with our Department's day-to-day activities and responsibilities.

In support of the achievement of all Strategic Outcomes, simultaneous activities — large and small — on many fronts will strengthen stewardship and accountability, further enhancing the Department's ability to meet its objectives.

Health Canada's Sustainable Development Strategy 2004–2007, entitled Becoming the Change We Wish to See, commits the Department and its employees to consider the principles of sustainable development when developing and delivering health programs and services to Canadians. By integrating the principles of sustainable development into its work, Health Canada will ensure its policies and programs are ecologically sound. In the coming year, the Department commits to:

- Strengthening partnerships on health, environment and sustainable development to contribute to healthier environments and safer foods and products for Canadians;
- Integrating sustainable development into departmental decision-making and management processes to contribute to the effective delivery of Health Canada's programs;
- Contributing to healthier environments and safer products for Canadians through improved departmental activities and sustainable management of land and facilities; and
- The collaborative delivery of health promotion, disease prevention and health care services for First Nations and Inuit.

Health Canada will continue its operationalization of the Management Accountability Framework (MAF) at all levels by building capacity through learning programs in areas such as risk management, financial management and procurement and contracting for example. Comprehensive actions on a range of human resources and workplace health initiatives will ensure that the Department maintains its leadership role in the area of human resources management modernization.[2]

Health Canada will also enhance its financial management practices and effective use of resources through the implementation of a Financial Management Control Framework which includes the development of management tools and improved reporting capacity for managers.

Endnotes and Web Site Links

1 More details on the legislation and regulations are at: http://www.hc-sc.gc.ca/english/about/acts_regulations.html

2 For more information about the MAF, visit Health Canada's web page at: http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/estimates/modern_comptrollership.htm or the Treasory Board of Canada Secretariat website at: http://www.tbs-sct.gc.ca/cmo_mfc/index_e.asp

Analysis of Program Activities by Strategic Outcome

2

Strategic Outcome # 1: Strengthened Knowledge Base to Address Health and Health Care Priorities

Program Activity — *Health Policy, Planning and Information*

PLANNED SPENDING AND FULL-TIME EQUIVALENTS (FTEs)

($ millions)	Forecast Spending 2004–2005	Planned Spending 2005–2006	Planned Spending 2006–2007	Planned Spending 2007–2008
Net expenditures* **	422.0	456.3	189.4	181.3
FTEs	637	682	666	639

* The increase in net expenditures from 2004–2005 to 2005–2006 is mainly due to an increase in funding levels for the Primary Health Care Transition Fund, for the Set-up of the Assisted Human Reproduction Agency and for the Access to Key Services for Official Language Minority Communities Initiative. The decrease in net expenditures from 2005–2006 to 2006–2007 is mainly due to a reduction in funding levels for the Primary Health Care Transition Fund Initiative and the sunset of funds related to the Northern Health Supplement to the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. Budget 2005 has announced new funding that addresses certain sunsetting items. Please see Section 4 for further details on the Budget. The decrease in net expenditures from 2006–2007 to 2007–2008 is mainly due to the sunsetting of the Primary Health Care Transition Fund Initiative and a decrease in the level of funding for the Assisted Human Reproduction Agency.

** Figures include an amount for other departmental and regional infrastructure costs supporting program delivery. These costs are $20.2 million in 2004–2005, $18.4 million in 2005–2006, $18.1 million in 2006–2007 and $17.8 million in 2007–2008.

Program Activity Description

The Health Policy Branch (HPB) provides advice and support to the Minister, the Departmental executives and to program branches in the areas of policy development, intergovernmental and international affairs, strategic planning, program delivery and review, and the administration of the *Canada Health Act*.

The Information, Analysis and Connectivity Branch (IACB) contributes to improved health outcomes for Canadians by promoting the increased and more effective use of information and communications technologies; by improving access to reliable health information; by providing policy research and analysis to support evidence-based decision-making; by working with official language minority communities and others to improve access to health services in the official language of choice; and by taking into account Canadians' privacy expectations with respect to health information.

Most of the work under this Program Activity represents a range of ongoing activities such as health policy analysis and development; monitoring and analyzing provincial and territorial health issues, including compliance with the principles, conditions, and extra-billing and user-charge provisions of the *Canada Health Act*. We manage relations with other governments and health organizations in Canada and internationally on health issues and deal with specific priority topics including women's health, nursing and the health-related issues affecting official language communities. Our efforts related to data and information gathering for many issues that touch on all Strategic Outcomes are included here, as is our work to promote and address the most effective use of advanced information, communications and health technologies across Canada's health system.

As such, international human security issues, Canadian societal trends, pressures on the health care system, scientific advances and new technology, along with the federal-provincial environment all challenge and shape our operating environment.

The Government of Canada has made renewal of the health care system a central priority, which is reflected in the Health Canada corporate priority, "to maintain confidence in a publicly funded health care system." We will continue to support the use

of information and communication technologies to improve health care delivery and management; continue to contribute to the development of indicators that all jurisdictions can use to track and report health system performance; continue the expansion of the evidence base for policy and operational decisions; and continue to ensure that official language minority communities have access to health services in their own language.

We will take action to meet these priorities in many ways, described below.

Implementing the Ten-Year Plan to Strengthen Health Care

On September 16, 2004, the Prime Minister and all Premiers and Territorial Leaders signed the Ten-Year Plan to Strengthen Health Care.[1] The agreement addresses Canadians' priorities for sustaining and renewing the health care system, and also provides long-term funding of $41 billion over ten years to make those reforms a reality.

The Ten-Year Plan builds on work that began under the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal on home care, catastrophic drug coverage, primary health care, health technology assessment and health human resources. The Ten-Year Plan goes beyond these Accord commitments by adding the Wait Times Reduction Strategy and the National Pharmaceuticals Strategy to encourage optimal drug use and improve cost management.

Foremost on the agenda for renewal of health care in Canada is the need to make timely access to quality care a reality for all Canadians. The $4.5 billion Wait Times Reduction Fund will build upon provincial and territorial initiatives to reduce waiting times for health services. Our roles under the Wait Times Reduction Strategy will centre on collaboration with partners to:

- establish evidence-based benchmarks for medically acceptable wait times starting with the following priority areas — cancer, heart disease, diagnostic imaging procedures, joint replacements and sight restoration;
- develop comparable indicators of access to health care professionals, and diagnostic and treatment procedures; and
- support collective efforts to promote and facilitate wait times management, such as public education, information sharing and promotion of best practices.

In British Columbia, Health Canada will continue to partner with other levels of government, health researchers, academia and stakeholder groups to identify and undertake research and other complementary activities (e.g., policy forums; workshops) to support knowledge transfer on health priorities. This will include follow-up to a successful Vancouver-based Regional Forum on Primary Health Care and the first ever Canadian Conference on Arts and Health, which looked at how arts and culture can contribute to the health of Canadians.

Health Canada will work with our provincial/territorial counterparts to further the development and implementation of the National Pharmaceuticals Strategy as mandated by First Ministers in the Ten-Year Plan. Building on shared efforts to date, we will be actively engaged in intergovernmental work to:

- develop, assess and cost options for catastrophic pharmaceutical coverage;
- establish a common National Drug Formulary for participating jurisdictions based on safety and cost effectiveness;
- accelerate access to breakthrough drugs for unmet health needs through improvements to the drug approval process;
- strengthen evaluation of real-world drug safety and effectiveness;
- pursue purchasing strategies to obtain best prices for Canadians for drugs and vaccines;
- enhance action to influence the prescribing behaviour of health care professionals so that drugs are used only when needed and the right drug is used for the right problem;
- broaden the practice of e-prescribing through accelerated development and deployment of the Electronic Health Record;

- accelerate access to non-patented drugs and achieve international parity on prices of non-patented drugs; and
- enhance analysis of cost drivers and cost-effectiveness, including best practices in drug plan policies.

To build on health human resource (HHR) activities that support the 2003 Accord and the 2004 Ten-Year Plan, Health Canada will continue with the implementation of the Health Human Resource Strategy through three broad initiatives: Pan-Canadian Health Human Resource Planning; Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice; and Recruitment and Retention. Specific Strategy activities include:

- collaborative partnerships involving governments and key stakeholders to accelerate and expand the assessment and integration of internationally trained health care graduates and to address issues of integration into the Canadian workforce for internationally educated health professionals;
- attention to the HHR needs of health providers servicing Aboriginal populations;
- continuing collaboration with provincial/territorial governments in the development and implementation of a Pan-Canadian HHR Planning Framework;
- work with the Canadian Institute for Health Information on health care provider data and forecasting;
- collaboration with provinces and territories to assess gaps in HHR modelling and forecasting capacities;
- projects to address interprofessional collaborative patient-centred practice initiatives; and
- financial support to the Society of Rural Physicians of Canada for strategies to recruit and retain rural physicians, educational programs and new models of access to rural surgical care.

Primary health care refers to the first level of service and contact that most Canadians have with the health care system. Governments have been working together on new approaches to primary health care for the past decade. In addition to initiatives described later in this section, we expect to build on the work to date in addressing commitments identified in the Ten-Year Plan which include:

In partnership with Health Canada's Alberta/NWT Region, health researchers from academia, non-government organizations and various communities will develop a community-based health agenda to enhance positive health outcomes for women in Alberta.

- reiteration of the target for primary health care identified in the 2003 Accord. Health Canada will identify its own targets *vis à vis* the populations for which it provides health care services. The Primary Health Care Transition Fund ($800 million from 2000 to 2006) continues to support the direction of the 2003 and 2004 agreements to develop and test new ways of providing and managing primary health care; and
- establishment of a Best Practices Network for primary health care, which will help with information-sharing and support collaborative activity to address common barriers to progress.

In September 2004, First Ministers also agreed that their governments would provide first-dollar coverage for certain home care services, based on assessed need by 2006. Working with our federal partners, Health Canada will ensure that the population served by federal departments (specifically First Nations, Inuit and veterans) will have access to this coverage.

Health Canada will also continue to support the implementation of commitments in the 2003 First Ministers' Accord, including:

- working with provinces/territories and other key stakeholders to implement the new Canadian Health Technology Strategy;
- working closely with the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) as it moves forward to implement its strategic business plan; and
- supporting the Health Council in its renewed mandate from the Ten-Year Plan.

Maintaining Confidence in the Publicly-funded Health Care System

Our Department will act on other issues that will help to maintain confidence in Canada's health care system during 2005–2006.

We will improve our reporting to Parliament and Canadians on insured health care services provided by the provinces and territories, through the Canada Health Act Annual Report, which is required under the *Canada Health Act*, and through which the federal Minister of Health provides information on the administration and operation of provincial and territorial health plans as they relate to the criteria and conditions of the Act.[2]

In addition to the work on primary health care innovation and reform noted earlier, we intend to work with our provincial, territorial and stakeholder partners to draw attention to the progress being made under the Primary Health Care Transition Fund (PHCTF) during 2005–2006, such as:

- increasing the visibility of service delivery initiatives, using extensive stakeholder and public consultations and engagement;
- holding workshops on topics such as physician remuneration, chronic disease management, information technology and primary health care renewal in the north;
- launching a national awareness strategy; and
- sharing the results of all PHCTF initiatives nationally, including audits and evaluations.

Family and informal caregivers provide an estimated 80–90% of care that seniors receive in their homes. The October 2004 Speech from the Throne recognized "the vital role of Canadians who care for aged or infirm relatives or those with severe disabilities" and undertook to "improve its existing tax-based support and will ask Parliament to consult across the country on additional initiatives." We will work with Social Development Canada, which has the federal policy lead for family caregiving, in pursuit of a national strategy to support family caregivers of seniors and people with disabilities.

Health Canada's Ontario and Nunavut Region, in collaboration with the Information, Analysis and Connectivity Branch, are working on the Canada Health Portal. The goal of the Canada Health Portal is to provide authoritative, trusted health information across provincial/territorial jurisdictions, and act as a "one-stop shop" for information and previously inaccessible health-related government information and services for all Canadians. A pilot project with the Province of Ontario and Toronto Public Health to test the feasibility of interjurisdictional partnerships has been launched.

We will continue to support initiatives to improve the quality and availability of palliative and end-of-life care across Canada through collaborative opportunities with the palliative care community, provincial and territorial counterparts, and other federal departments.

Accelerating the Use of Information and Communications Technologies

The increased adoption of information and communications technologies in the health sector is essential to creating a sustainable health system that provides better access to services for Canadians, now and in the future. Since 2001, Canada Health Infoway (*Infoway*) has been allocated $1.2 billion in federal funding to work with provinces and territories in developing Pan-Canadian eHealth solutions for electronic health records, telehealth and health surveillance.

Health Canada's role is to ensure *Infoway* fulfils its obligations under its Funding Agreement (including an evaluation in 2006 by *Infoway* of its overall performance in achieving expected outcomes), to provide national leadership, particularly on policy issues, and to collaborate with the provinces and territories to avoid duplication of efforts and reduce costs.

In 2005–2006, we will continue to focus on addressing the privacy concerns of Canadians

in the health system, including for eHealth. The Pan-Canadian Health Information Privacy and Confidentiality Framework proposes a harmonized set of core provisions for the collection, use and disclosure of personal health information in both the publicly- and privately-funded sectors. Consistent privacy regimes among jurisdictions will facilitate health care renewal, including the development of electronic health record systems and primary health care reform.

Expanding and Improving the Indicators of Health System Performance

Health Canada supports the development and better use of evidence for decision-making, improved performance measurement and accountability, all important elements contributing to a sustainable health system. The Ten-Year Plan to Strengthen Health Care, signed by all Canada's First Ministers in September 2004, emphasizes accountability by all governments and builds on their previous actions to report on health system performance to Canadians. During 2005–2006, Health Canada will continue to work with the provinces and territories, Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information to improve health statistics. This will strengthen the foundation required to better manage the health system.

We will also invest in other research to support Health Canada decision making with respect to the priority themes of innovation, regulation, healthy communities and First Nations and Inuit health.

Health Sciences Policy

Rapid advances in scientific and health knowledge make an active policy research and development role critical to the achievement of all Strategic Outcomes for the health of Canadians. In addition to work in many other areas, we will pay particular attention to two fields in 2005–2006.

Human genetics has clear implications for the sustainability of Canada's health care system in terms of potential new ways to prevent, diagnose, treat and cure thousands of disorders and the rising impact of technological change on health care spending growth. Accordingly, we will be contributing to federal, provincial, territorial, and international efforts in areas such as gene patenting, ensuring the quality and accuracy of genetic tests and assessing the impact of genetic medicine and technologies on health systems serving a diverse population.

Working with our partners, we are committed to participating and leading in the early issue identification and monitoring of emerging technologies that impact on the health of individuals, vulnerable populations and the health system. Through active information sharing, targeted policy research, and consultations, we will support the development of evidence-based recommendations, strategies, and new and amended policies and guidelines in priority areas, such as the ethical conduct of research involving humans, nanotechnology, biobanks, and sharing the benefits of research with study participants.

New Health Protection Legislation

In the October 2004 Speech from the Throne, the Government committed to introducing new health protection legislation. We will actively support the Government in the development and legislative progress of this effort to replace several outdated pieces of legislation within Health Canada's mandate with new legislation. The goal will be a clear, coherent, comprehensive and flexible legislative approach that will be more responsive to social and technological realities and that will provide the necessary tools to better protect the health of Canadians now and in the future.

Health Canada is partnering with the Manitoba Institute for Patient Safety and the Canadian Patient Safety Institute to identify priorities and issues associated with patient safety in the health care system in a variety of urban, rural and on reserve settings throughout Manitoba.

Assisted Human Reproduction

The *Assisted Human Reproduction Act* received Royal Assent in March 2004, and we have begun work towards its implementation. The Act provides for the establishment of the Assisted Human Reproduction Agency of Canada to license, monitor and enforce activities controlled under the Act. Health Canada will proceed with a public recruitment process for Governor in Council appointments to the Agency's board of directors, including the President. Departmental efforts will also continue towards the development of the Agency's governance and infrastructure frameworks including the drafting of its first strategic business plan and budget to coincide with it achieving full operational status by 2006–2007.

In 2005–2006 the Department will proceed with public consultations to develop the components of the regulatory framework for the implementation of the Act. The Department will also begin to address priority areas where regulations are required to bring the legislation into effect, for example, regulations ensuring that written consent is obtained from donors for the use of their reproductive material and regulations regarding the reimbursement of receipted expenditures by donors. Work is also underway by Health Canada to lay the foundations for creating the personal health information registry mandated by the *Assisted Human Reproduction Act*.

Improving Access to Health Services by Official Language Minority Communities

Improved access to health-related services by English- and French-speaking language minority communities in their official language is a Government of Canada and Health Canada priority, and an important component of a sustainable health care system. Health Canada will continue to work closely with the official language minority communities through the five-year federal *Action Plan for Official Languages* ($119 million between 2003–2008, which included $30 million in the Official Language Envelope of the Primary Health Care Transition Fund).

In 2005–2006, the focus will be to build on the momentum already achieved as a result of the Action Plan and to identify further opportunities for improvement.

International Collaboration

Public health risks and threats originating beyond Canada's borders increasingly influence the health of Canadians. International collaboration on global health events, developments and policies is of growing importance to the sustainability and responsiveness of Canada's health system. Health Canada positions itself internationally to: anticipate and respond to international health developments and their impact on Canadians and the health system; influence international health events and fora; provide leadership on selected health issues; and work with the multiplicity of players on the global health scene.

During 2005–2006, a strategic framework for Health Canada's international health activities will be completed, and implementation will begin. This framework will guide the Department's decisions on international involvement, advance domestic health priorities, and contribute to Canada's foreign policy. We will participate in World Health Organization (WHO) negotiations to revise the International Health Regulations as this is a priority for the protection of Canadians against the spread of infectious disease.

In order to shape and strengthen the international agenda on health and health care issues, consistent with Canada's priorities and values, we will represent Canada at annual high level meetings and other major meetings of the WHO and Pan-American Health Organization (PAHO); continue to develop and advance Canada's health interests in other multilateral (e.g., European Union) and bilateral (e.g., Mexico) relations; seek mechanisms to engage countries in collaboration on health policy and programmatic issues through, for example, Letters of Agreement, and Memoranda of Understanding. We will continue to serve as the Secretariat for the Global Health Security Initiative to coordinate the planning, organization and implementation of work, including annual Ministerial Meetings, by this international partnership to improve

public health preparedness and response to man-made (e.g., bioterrorism) and naturally occurring (e.g., pandemic influenza) public health threats.

International work will continue to advance such key issues as the Government of Canada's strategies on HIV/AIDS by taking a leadership role in planning and preparations for the 2006 XVI International AIDS Conference in Toronto; tobacco control by participating in the WHO Conference of Parties to implement the Framework Convention on Tobacco Control; and international trade and health through policy analysis and collaboration with other departments and domestic and international stakeholders. Opportunities will be sought to utilize Health Canada's technical expertise to assist countries through projects administered by the Canadian International Development Agency, the World Bank, and health organizations such as PAHO, with special attention on relations with key countries such as the USA and Mexico. Expertise and assistance will be provided to visiting foreign delegations here to learn about Canada's health system.

Endnotes and Web Site Links

1 Further information on the Ten-Year Plan can be found at http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/index.html

2 Further information on the *Canada Health Act* is available at http://www.hc-sc.gc.ca/medicare

Strategic Outcome # 2: Access to Safe and Effective Health Products and Food and Information for Healthy Choices

Program Activity — *Health Products and Food*

PLANNED SPENDING AND FULL-TIME EQUIVALENTS (FTEs) ($ millions)	Forecast Spending 2004–2005	Planned Spending 2005–2006	Planned Spending 2006–2007	Planned Spending 2007–2008
Gross expenditures	300.0	**275.2**	262.4	260.5
Less: Expected respendable revenues	41.2	**41.2**	41.2	41.2
Net expenditures* **	258.8	**234.0**	221.2	219.3
FTEs	2,371	**2,379**	2,336	2,339

* The decrease in net expenditures between 2004–2005 and 2005–2006 is mainly due to a decrease in the level of funding for the Therapeutic Access Strategy, Medical Devices Litigation Management, and for resources related to collective agreements. The decrease in net expenditures between 2005–2006 and 2006–2007 is mainly due to a decrease in the level of funding for the Implementation of Health Canada's Therapeutic Access Strategy, the Department's contribution to the $1 billion federal government reallocation exercise and the sunsetting of the funding for Further Measures on Bovine Spongiform Encephalopathy. Budget 2005 has announced new funding that addresses certain sunsetting items. Please see Section 4 for further details on the Budget. The decrease in net expenditures between 2006–2007 and 2007–2008 is mainly due to the Department's contribution to the $1 billion federal government reallocation exercise and a decrease in the level of funding for the Implementation of the Doha Declaration on the Trade-Related Intellectual Property Rights Agreement and Public Health.

** Figures include an amount for other departmental and regional infrastructure costs supporting program delivery. These costs are $54.4 million in 2004–2005, $49.8 million in 2005–2006, $49.0 million in 2006–2007 and $48.3 million in 2007–2008.

Program Activity Description

Health Canada is responsible for a broad range of health protection and promotion activities that affect the everyday lives of Canadians. As the federal authority responsible for the regulation of health products and food, Health Products and Food Branch (HPFB) evaluates and monitors the safety, quality and effectiveness of thousands of drugs (human and veterinary), vaccines, blood and blood products, biologics and genetic therapies, medical devices and natural health products, as well as the safety of the foods we eat. We also provide useful information about risks and benefits related to health products and food so that Canadians can make informed decisions about their health and well-being.

Our ongoing regulatory responsibilities span the life cycle of health products and food, from clinical trials to surveillance, compliance, and enforcement. The scope of our work is significant with more than 22,000 human drug products and 40,000 medical devices on the Canadian market today. Health Canada also faces challenges associated with rapid advances in technology and scientific breakthroughs that have resulted in the growth of an unprecedented number of biologics, genetic therapies and vaccines and genetically modified and other novel foods. We are meeting these challenges by drawing on sound science and effective risk management in evidence-based decision making. These disciplines are integrated into our daily operations, and together with our health promotion activities, they enable timely access to safe and effective health products and food for Canadians.

In support of our operations, we have identified four priorities for action under this Program Activity.

Transform Our Efficiency, Effectiveness and Responsiveness as a Regulator

Health Canada and our partners continue to implement strategies to improve access for Canadians to safe and effective health products and food. The Therapeutics Access Strategy (TAS),

launched in 2003–2004, arose from the First Ministers' commitments to strengthen Canada's regulatory performance for human drugs as part of the government-wide strategy for Smart Regulation outlined in the 2002 Speech from the Throne which committed an investment of $190 million over five years from the 2003 Federal Budget.[1]

The overall objective of TAS is to improve Canadians' access to human drugs and other therapeutic products that are safe, of high quality, therapeutically effective, appropriately used, and accessible in a timely and cost-effective manner. In addition to improving regulatory efficiency and transparency, TAS aims to optimize the benefits of human drugs in the health care system through appropriate use, including better prescribing practices, cost controls, and drug plan management. TAS initiatives will contribute to a more cost-effective health care system and improved health outcomes for Canadians.

Investments and progress made toward modernizing the regulatory review process through TAS are expected to enable Health Canada to eliminate the backlog of new pharmaceuticals submissions in 2006 while maintaining Health Canada's high standards for safety.[2] As well, the Department will review ninety percent of biologics submissions on target by March 2007. These performance targets are consistent with international standards. We will improve the transparency of our regulatory decision-making by publishing the basis for Health Canada's regulatory authorizations of therapeutic drug products and medical devices that have not been previously approved for marketing. In addition, we will pursue policy development and planning for the longer term implementation of TAS and the development of a new external charging regime for therapeutic product submissions as part of a long term funding strategy. All of these initiatives will help sustain improved regulatory performance for health products in general.

As part of a nationally integrated and coordinated approach to food safety, Health Canada is working collaboratively with the Canadian Food Inspection Agency, Agriculture and Agri-Food Canada, and the provinces and territories. Together, we will enhance national decision-making on food safety and nutritional issues, ensure an equivalent level of protection for all consumers regardless of where they purchase food in Canada and increase consumer confidence in the food supply. During 2005–2008, the Department will renew existing health protection legislation. The renewal will, among other things, position a new Canada Health Protection Act to provide the basis for the standards and policies required to protect the food supply in Canada.

Over the next year, we will work with a multi-stakeholder task force to develop recommendations and strategies for reducing trans-fatty acids (trans-fats) in Canadian foods to the lowest levels possible, while ensuring that alternatives are safe.[3] In addition, we will implement new regulations requiring food labels to identify certain allergens in prepackaged foods so that consumers have the information they need to make informed choices.[4] We will further prohibit the personal importation of drugs intended to be used in food-producing animals and revise our limits of acceptable veterinary drug residues in food products. As well, we will update our policies and regulations to ensure that the existing regulatory framework is keeping pace with scientific advances and changes in technology by addressing the issues of antimicrobial resistance and the addition of vitamins and minerals to foods.

A number of novel foods (such as genetically-modified animals and plants) will be submitted to Health Canada for review, authorization and release to the Canadian market. Given the challenges they pose to our traditional processes for safety evaluations, Health Canada will continue to update the ways in which we conduct safety assessments to prevent and mitigate risks to Canadians.

We worked with the Canadian Standards Association to establish national safety standards for cells, tissues and organs in 2003; however, compliance with these standards remains voluntary. Because some human tissues are regulated as biological drugs, and others are regulated as medical devices (e.g., heart valves), there is no consistent regulatory approach for

cells, tissues and organs. As a result, in 2005–2006, Health Canada will introduce new standards-based safety regulations (i.e., incorporate the standards into proposed regulations by reference). This approach will help address compliance challenges, infectious disease threats, technology advances and responds to recommendations by the Auditor General in 2000.[5]

Increasing Responsiveness to Public Health Issues and Greater Vigilance of Safety and Therapeutic Effectiveness

Strengthening the safety of drugs, medical devices and other therapeutic products is a key Health Products and Food Branch (HPFB) objective which responds to public concerns about the therapeutic product safety, including the need for appropriate disclosure of information emerging from clinical trials. To help achieve this objective, we will strengthen our capacity to generate, collect, detect, monitor, evaluate, and disseminate timely evidence about safety and therapeutic effectiveness of drugs and other therapeutic products.

Reporting by health professionals of adverse effects of drugs that are in use by the public is an important aspect of improving safety. In 2005–2006, we will launch a new Internet portal called "MedEffectCanadaMedEffet" to encourage more adverse reaction reporting. We will work closely with officials in other countries, in particular the United States, to share data. As part of a new inspection strategy, Health Canada will also monitor industry compliance with respect to reporting on adverse drug reactions, and unexpected failures in the efficacy of new drugs. This information will be helpful in understanding why events happen and acting on how they can be prevented.

Support for improved real world access is another TAS priority. In 2005–2006, drug prescribing and utilization will be improved through evidence-based best practices information, strategies, and tools, by working with the Canadian Optimal Medication Prescribing and Utilization Service (COMPUS),[6] the Canadian centre for nationally coordinated information and education on best practices in drug prescribing and utilization. This work will lead to improved health outcomes and the cost-effective use of medications by changing knowledge, attitudes, and behaviour.

The Ten-Year Plan that the First Ministers adopted in 2004 includes a commitment to work together on the development and implementation of a comprehensive National Pharmaceuticals Strategy (NPS)[7], which will complement TAS and the ongoing mandate of HPFB. In addition to influencing better prescribing and drug use, the NPS will support the development and costing of options for catastrophic pharmaceutical coverage, establishment of a common National Drug Formulary, and enhanced access to drugs and other therapies to address unmet therapeutic or public health needs. It will deliver heightened monitoring and analysis of safety and effectiveness information on drugs; analysis of cost-drivers and cost-effectiveness, including Drug Plan Management Best Practices; accelerated access to, and international parity on prices of non-patented drugs; and purchasing strategies to obtain best prices for Canadians for drugs and vaccines. By June 2006, a Ministerial Task Force will report on the progress made by NPS.

Single-use devices (SUDs) are medical devices such as certain kinds of syringes, catheters and biopsy forceps designed and designated by manufacturers for one-time use. Because these devices can be expensive, evidence suggests some health care institutions have reused them. While this approach may reduce environmental and waste disposal costs, evidence suggests that improper cleaning may result in a transfer of pathogens from one patient to another or reduced functionality.[8] In addition, manufacturers of these SUDs are not required to provide any information to Health Canada to demonstrate that their devices can be successfully cleaned for reuse, or how re-use should be carried out to avoid potential health impacts. Based on consultations with provincial and territorial health ministries, and analysis by experts and stakeholders, we will identify and implement options to minimize risks to Canadians. In addition, we are finalizing an action plan to address

recommendations made by the Auditor General in the 2004 Report on the Regulation of Medical Devices.[9]

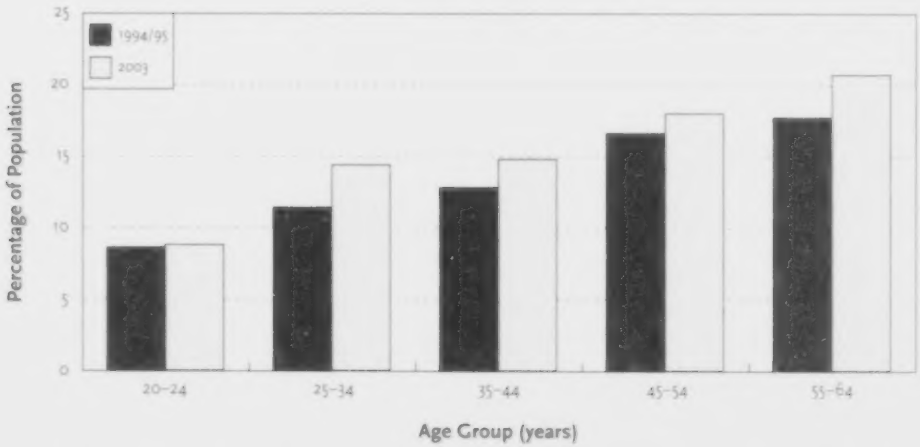
BSE (bovine spongiform encephalopathy, commonly known as mad-cow disease) continues to be a significant issue.[10] We will use new funding to conduct risk assessments and scientific research to support public health policy development and decision-making for specific priority areas related to BSE.

In addition to continuing ongoing food monitoring programs such as the Total Diet Study, Health Canada will work with Statistics Canada on developing the Canadian Health Measures Survey by 2006 with results released in 2008.[11] This tool will measure the nutritional status of Canadians and the effects of exposure to environmental chemicals and disease-causing organisms. This data will help us and others to develop food safety and nutrition policies, standards, and regulations, and to measure the health impact of existing food safety and nutrition programs.

Improving Transparency, Openness and Accountability to Strengthen Public Trust and Stakeholder Relationships

Consultation and partnerships support our evidence-based decision making and contribute to our ongoing broader efforts to develop and implement modern approaches to regulation in support of the Government's commitment to smart regulation. Accordingly, Health Canada will implement a public involvement framework to further strengthen the means by which we take the views of Canadians into account. Health Canada will continue to develop partnerships in federal, provincial and territorial jurisdictions, industry, consumer and advocacy groups and academia. To improve our ability to resolve disputes, and support accountability, transparency and openness, we will establish a Health Products and Foods Ombudsman Office in

Prevalence of Obesity (BMI >= 30), by Age Cohorts, Canada, 1994–1995 and 2003



Source: Statistics Canada, National Population Health Survey, 1994–1995; Canadian Community Health Survey, 2003

2005. In the international arena, Health Canada will realize a more coordinated and strategic approach to enable better information sharing and collaboration with international authorities. As an example of international cooperation, Health Canada and the European Medicines Agency will publish draft joint guidance documents in 2005 concerning inhalation and nasal products.[12] We have begun negotiations on a Memorandum of Understanding as a precursor to a Mutual Recognition Agreement (MRA) with the Australian Therapeutic Goods Administration. The aim is to facilitate access to health products in the respective partners' markets while maintaining high regulatory standards for medical devices. The MRA is intended to recognize the Canadian and Australian systems and certificates relating to quality management systems of manufacturers of medical devices. Both organizations expect to enter an operational phase of the MOU at the beginning of July 2005.

Access to medicines will be facilitated for least-developed and developing countries with the establishment of regulations to support legislation passed in 2004. The Access to Medicines Program will facilitate access to pharmaceutical products used to treat HIV/AIDS, malaria, tuberculosis and other epidemic diseases. This program complements Canada's international efforts to fight HIV/AIDS and the shared goal of providing humanitarian access to essential medicines.[13]

Providing Authoritative Information for Healthy Choices and Informed Decision Making

Health Canada continues to be active in providing authoritative information for healthy choices and informed decision making. For example, December 2005 is the deadline for implementation of the new nutrition labelling requirements. Health Canada is supporting the work of the Canadian Food Inspection Agency and the food industry to meet this milestone. As well, Health Canada is revising *Canada's Food Guide to Healthy Eating* for release by 2006 to ensure that it reflects current scientific evidence concerning the relationships between diet and health, and continues to promote a pattern of eating that meets nutrient needs and minimizes the risk of nutrient-related chronic diseases such as Type II diabetes. The main cause of this disease in Canada is obesity, which has impacted an increasingly greater proportion of the population since 1995.

Endnotes and Web Site Links

1 http://www.fin.gc.ca/budget03/booklets/bkheae.htm

2 http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/tpd_news_winter_2004_e.html

3 http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2004/trans_fats-gras_e.html

4 http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/labelling-etiquetage/regulations_faqs_e.html

5 http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/0026ce.html

6 http://www.ccohta.ca/compus/compus_intro_e.cfm

7 http://www.pm.gc.ca/eng/news.asp?category=1&id=260

8 http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/letter_reprocess_e.html

9 http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/20040302ce.html

10 http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/fpi-ipa/e_policy_srm.html

11 http://www.statcan.ca/english/survey/household/measures/measures.htm

12 http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/inhalation_nasal_products_e.html

13 http://www.ic.gc.ca/cmb/welcomeic.nsf/558d636590992942852564880052155b/85256a5d006b972085256f2b0052d071!OpenDocument&Highlight=2,c-9

Strategic Outcome # 3: Reduced Health and Environmental Risks From Products and Substances, and Safer Living and Working Environments

Program Activity — *Healthy Environments and Consumer Safety*

PLANNED SPENDING AND FULL-TIME EQUIVALENTS (FTEs)

($ millions)	Forecast Spending 2004–2005	Planned Spending 2005–2006	Planned Spending 2006–2007	Planned Spending 2007–2008
Gross expenditures	286.2	**288.9**	284.7	277.5
Less: Expected respendable revenues	13.8	**15.2**	15.4	15.6
Net expenditures* **	272.4	**273.7**	269.3	261.9
FTEs	1,796	**1,832**	1,833	1,821

* The increase in net expenditures from 2004–2005 to 2005–2006 is mainly due to an increase in funding for the Cannabis Reform — drug analysis services and for the Implementation of the Border Air Quality Strategy and Related Air Quality Measures. The increase in respendable revenues is related to a change in the National Dosimetry Product and Services Fee Structure. The decrease in net expenditures from 2005–2006 to 2006–2007 is mainly due to the Department's contribution to the $1 billion federal government reallocation. The decrease in net expenditures from 2006–2007 to 2007–2008 is mainly due to the Department's contribution to the $1 billion federal government reallocation and a decrease in the level of funding due to the sunsetting of the Implementation of the Border Air Quality Strategy and Related Air Quality Measures. Budget 2005 has announced new funding that addresses certain sunsetting items. Please see Section 4 for further details on the Budget.

** Figures include an amount for other departmental and regional infrastructure costs supporting program delivery. These costs are $54.4 million in 2004–2005, $50.1 million in 2005–2006, $49.3 million in 2006–2007 and $48.6 million in 2007–2008.

Program Activity Description

Under this Strategic Outcome, Health Canada has a mandate to address many elements of day-to-day living that have an impact on the health of Canadians. These include drinking water safety, air quality, radiation exposure, substance use and abuse (including alcohol), consumer product safety, tobacco and secondhand smoke, workplace health, and chemicals in the workplace and in the environment. We are also engaged in other health and safety related activities, including the Government of Canada's public safety and anti-terrorism initiatives, inspection of food and potable water for the travelling public, and health contingency planning for visiting foreign dignitaries. Our broad national mandate flows from legislation including the *Food and Drugs Act*, the *Controlled Drugs and Substances Act*, the *Hazardous Products Act*, the *Radiation Emitting Devices Act*, the *Canadian Environmental Protection Act*, the *Tobacco Act* and others. Our results are delivered through partnerships and by an active presence throughout every region of the country. In addition to our ongoing activities, for 2005–2006 we have identified two broad priorities that encompass a range of activities, as described below:

- reducing risks to health and safety, and improve protection against harm associated with workplace and environmental hazards, consumer products (including cosmetics), radiation-emitting devices, new chemical substances and products of biotechnology; and
- reducing health and safety risks associated with tobacco consumption and the abuse of drugs, alcohol and other controlled substances.

Workplace and Environmental Hazards, Consumer Products (Including Cosmetics), Radiation-Emitting Devices, New Chemical Substances and Products of Biotechnology

Consistent with the Departmental priority of health and the environment, we will address the health risks associated with air pollutants in indoor and outdoor environments—with an emphasis on vulnerable populations, such as children, the elderly and people with lung and heart conditions. Our major focus will remain on ozone and particulate matter but will also include other common air pollutants such as carbon monoxide and sulphur dioxide. Our work will include evaluating the health benefits of different pollution reduction approaches, and assessing the risks and benefits of alternative fuels and additives.

We will also build on research pilot studies underway in the Great Lakes Basin and the Georgia Basin/Puget Sound airsheds to assess the health impacts of air pollution. We will also facilitate work on the development of a health-based Air Quality Index and an Air Health Indicator. Under the Canada/US Border Air Quality Strategy (BAQS), research studies will provide information to help protect Canadians and inform authorities about trends in the health impacts of air pollution.

An important ongoing responsibility under this priority will be our responsibilities under the *Canadian Environmental Protection Act*, 1999 (CEPA).[1] As part of this, we will finalize a prioritized list of substances (based on potential risks to human health) that will require subsequent screening assessment. We also expect to carry out ten health assessments on existing substances that could lead to activities to manage their impacts, should we determine them to be toxic as defined under CEPA. Our Department is committed to the implementation of a Results-Based Management and Accountability Framework to measure program performance in our CEPA activities, supported by an integrated management framework that will focus our program delivery.

The Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals is an international initiative to enhance protection of human health and the environment.[2] We will continue to work toward the legislative and regulatory changes necessary to implement a fully operational system by our target date of 2008.

As part of the government-wide commitment to action on climate change, Health Canada will complete the Climate Change and Health Vulnerability Assessment in 2006. This will form the health component of Canada's National Climate Change Impact Assessment and contribute to the Government of Canada's international obligations to report on impacts and adaptation efforts related to climate change.

We will continue our work with other federal departments to help manage the human health risks associated with contaminated sites. Our Department will provide expert advice on conducting human health risk assessments at over 20 of the highest risk federal contaminated sites and will train between 300 and 400 federal managers on health risk assessments and the engagement of potentially affected communities.

Our actions related to health and the environment during 2005–2006 will take many other forms. For example, revised notification regulations will come into force during 2005 that will lead to health risk assessments of 800 new chemicals and biotechnology products. Both environmental and health risk assessments will be conducted on about 100 new pharmaceuticals, veterinary drugs and personal care products. We also expect to impose control measures on approximately ten new substances, resulting in fewer toxic substances in the environment that could have adverse affects on the health of Canadians.

As part of protecting human health, we expect new regulatory amendments to improve safety standards for dental x-ray equipment and will support the Government of Canada in proposing amendments to regulations for diagnostic x-ray equipment. We will also expand our Lead Risk Reduction Strategy through final regulations that would restrict the lead content of children's jewellery, surface coating materials

and candles with lead wicks.[3] We will also propose amendments to the Glazed Ceramics and Glassware Regulations to further limit the lead content of those products.

We will also revise indoor air quality guidelines, continue to work with provincial and territorial partners to develop Guidelines for Canadian Drinking Water Quality and enhance our state of readiness to provide scientific support for chemical emergencies. As well, Health Canada will participate in planning for the next generation of the International Nuclear Emergency Exercises.[4] Integration of Canadian and US radiological monitoring networks will commence in order to develop protocols and provide early warning of nuclear incidents.

In order to protect the millions of people who travel in Canada every year, and Canadians who come into contact with travellers, Health Canada will continue to provide public health inspections on air, rail and marine conveyances related to food, water and general sanitation. We will expand the frameworks that guide physical and psycho-social emergency response, initially developed under the Government of Canada's Public Security and Anti-Terrorism Initiative, to include health emergencies such as SARS and we will continue our efforts to build capacity to support the emergency responders and federal workers who provide services during and immediately following critical incidents or public health emergencies.

Health Canada will continue its efforts to support research related to the impacts of the workplace on human health in order to develop a better understanding of indirectly and directly associated human health risks such as substance abuse, anxiety, depression, infections, conflicts and injuries.[5]

The Department will also continue to deliver the Public Service Health Program to approximately 250,000 federal employees in more than 20 federal departments and agencies in Canada and overseas. The Department will continue to provide Employee Assistance Program and Organizational Services to 140 public sector organizations.

Health Canada will continue to work with the Federal Prairie Water Committee to develop a common federal approach to water issues in the Prairies by providing input on future program and policy initiatives to the National Interdepartmental Working Group on Drinking Water.

Tobacco Consumption and the Abuse of Drugs, Alcohol and Other Controlled Substances

This Strategic Outcome incorporates our high-priority responsibilities to address the threats to health posed by tobacco, alcohol and drug use. In addition to ongoing tobacco control initiatives supporting the four pillars of prevention, cessation, protection and harm reduction, in 2005–2006 we will focus our attention on smoking among youth and young adults.[6] We will work with the provinces and territories to develop a Framework for Action for Youth and Young Adults to identify appropriate interventions and future directions for this group. We will continue to support targeted prevention and cessation activities and dissemination of the no-smoking message through youth engagement initiatives.

The Department will work with partners to pilot and evaluate a range of stop smoking approaches. We will support national and regional mass media campaigns that educate Canadians regarding the health impacts of smoking and that provide information and referrals to help more Canadians quit smoking.

Health Canada will pursue regulations that would mandate changes to tobacco products other than cigarettes to help decrease the number of fires they cause with their associated injuries and deaths.[7] We will also pursue the regulatory process leading to a ban on the descriptors "light" and "mild" and will work on the renewal of health warnings for tobacco products.

Our Department will continue to lead Canada's Drug Strategy, working in partnership with the

provinces and territories, municipalities, non-government organizations and stakeholder groups.[8] We will direct new funding towards priorities including: increasing the federal leadership role in the development and implementation of the Strategy; developing a national framework for action on substance abuse (including the possible development of a policy on alcohol abuse) in partnership with the Canadian Centre on Substance Abuse and relevant stakeholders; and reporting on the progress and impacts of the Strategy to Parliament and Canadians.

In related work, we will analyze and report on the results of the Canadian Addiction Survey, and enhance Canadian research in the area of alcohol and drug abuse through the development of a National Research Agenda on Substance Abuse.

We will continue to administer the *Controlled Drugs and Substances Act* and its regulations, provide expert scientific advice and drug analysis services to law enforcement agencies and manage the medical marijuana program. As well, we will continue to fund community-based projects through the Drug Strategy Community Initiatives Fund and fund the treatment component of drug treatment courts.

Overall, we will assess our performance through measures such as changes in awareness levels, attitudes and behaviours and through an evaluation framework.

Our Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation Program is a cost-shared program with the provinces and territories that supports treatment for women and youth suffering from substance abuse problems. We will work with the provinces and territories on a plan to review the focus of the Program, including developing an accountability framework so that performance can be assessed through changes in levels of access to treatment services and a reduction in risk behaviours among the population being served.

Endnotes and Web Site Links

1 http://www.hc-sc.gc.ca/english/iyh/environment/cepa_overview.html

2 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/whmis/harmonization.htm#top

3 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cps/pdf/lrrs_complete.pdf

4 http://www.nea.fr/html/rp/inex/index.html

5 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/workplace/other.htm and http://www.enwhp.org

6 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/ftcs/index.html and http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/youth/index.html

7 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/pdf/pdf/RIP-ENG.pdf

8 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/cds/index.htm

Program Activity — *Pest Control Product Regulation*				
PLANNED SPENDING AND FULL-TIME EQUIVALENTS (FTEs)				
($ millions)	**Forecast Spending 2004–2005**	**Planned Spending 2005–2006**	**Planned Spending 2006–2007**	**Planned Spending 2007–2008**
Gross expenditures	60.9	58.4	58.3	58.2
Less: Expected respendable revenues	7.0	7.0	7.0	7.0
Net expenditures* **	53.9	51.4	51.3	51.2
FTEs	639	642	645	648

* The decrease in net expenditures from 2004–2005 to 2005–2006 is mainly due to the Department's contribution to the $1 billion federal government reallocation, an adjustment in the rate of the Employees Benefit Plan and a one-time funding in 2004–2005 for New Pest Control Product Registration and Decision Making. The decrease in net expenditures from 2005–2006 to 2007–2008 is mainly due to the Department's contribution to the $1 billion federal government reallocation.

** Figures include an amount for other departmental and regional infrastructure costs supporting program delivery. These costs are $12.3 million in 2004–2005, $11.2 million in 2005–2006, $11.0 million in 2006–2007 and $10.8 million in 2007–2008.

Program Activity Description

To help prevent unacceptable risks to people and the environment, Health Canada regulates the importation, sale and use of pesticides under the federal authority of the *Pest Control Products Act* (PCPA) and Regulations. The scope of our work is extensive with more than 5,000 registered pesticides — including herbicides, insecticides, fungicides, antimicrobial agents, pool chemicals, microbials, material and wood preservatives, animal and insect repellents, and insect- and rodent-controlling devices.

Ongoing regulatory responsibilities constitute the majority of the work under this Program Activity, all of which contribute to our strategic outcome. Using internationally accepted approaches and protocols, we conduct science-based health, environmental and value assessments. Pesticides are registered only if the health and environmental risks are considered acceptable, and if the product is effective. We set maximum pesticide residue limits for food commodities under the *Food and Drugs Act*. Older pesticides are re-evaluated to determine if their use continues to be acceptable under current scientific approaches. We facilitate, encourage and maximize compliance with the PCPA and the conditions of registration. We also develop and promote the use of sustainable pest management practices and products in cooperation with stakeholders.

We collaborate with other organizations to help deliver our programs and achieve our expected results while responding to specific needs. With Mexico, the United States and other Organisation for Economic Co-operation and Development countries, we will continue activities to harmonize regulatory approaches for evaluating pesticides. Our Department will continue to work with Agriculture and Agri-Food Canada to develop risk reduction strategies for the agricultural sector, and improve access to specialized pest control products that are priorities for Canadian growers.[1] Finally, we will seek to improve the federal government's coordination of pesticide research and regulatory activities in collaboration with other federal government departments.[1]

Beyond these ongoing regulatory activities, we have identified some specific priorities under this Program Activity. Expected results under this Program Activity are: protected health and environment; increased use of reduced risk pest management practices and products; and increased public and stakeholder confidence in pesticide regulation.

Implementing the New *Pest Control Products Act*[2]

The new PCPA received Royal Assent in 2002 and is expected to be proclaimed by Parliament in 2005–2006. The most significant initiative under this Program Activity will be the development of the supporting regulations, policies and procedures needed to bring the Act into force.

The new legislation will strengthen health and environmental protection currently provided by the existing PCPA. To this end, Health Canada will continue to incorporate modern risk assessment concepts into the regulatory process. For example, the new PCPA will codify the current practice of providing special consideration for children and other vulnerable groups, considering pesticide exposure from all sources, and considering the cumulative effects of pesticides that act in the same way.

The new PCPA will also help to make the regulatory system more transparent, and strengthen post-registration controls. When the new legislation is brought into force, Health Canada will establish a register of pest control products that will contain information about pesticide applications, registrations, re-evaluations and special reviews. We will make this information available to the public, allow the public to inspect confidential test data, and establish a process for the reconsideration of regulatory decisions. In 2005–2006, we will finalize the regulations that will require pesticide companies to report adverse effects related to their pesticides. This information will contribute to the re-evaluation of registered pesticides and may trigger special reviews. Regulations requiring registrants to submit pesticide sales data will also be finalized during this timeframe. As an indicator of pesticide use, the sales data will be incorporated into evidence-based health and environmental risk assessments.

Improving Efficiencies

Continued efforts to harmonize pesticide regulatory approaches with international pesticide regulatory bodies will enable Health Canada to further pursue international joint reviews and work share agreements. The ability to share the workload and accept the scientific reviews of other countries will contribute to improved regulatory efficiencies and access to new pesticide technologies while maintaining health and environmental protection. Over the next several years, we will continue to facilitate the availability of specialized agricultural pesticides through joint reviews and workshare agreements with the United States and other countries. Since it is the pesticide industry's responsibility to develop and submit applications for registration, Health Canada will continue to encourage them to participate in joint reviews, electronic submissions and other global worksharing initiatives.

Health Canada recently launched the world's first web-based service for conducting pesticide regulatory transactions. This on-line service will allow industry to submit applications, provide data, and apply for registration in a secure manner. Improvements to existing electronic systems over the next several years will help increase the efficiency of electronic data management and help deliver on transparency initiatives envisioned in the new PCPA.

Informing, Consulting and Involving Canadians

The new Act enshrines, in law, the current consultation process for major registration and re-evaluation decisions. Under the new legislation, Health Canada is mandated to "encourage public awareness in relation to pest control products by informing the public, facilitating public access to relevant information and (encourage) public participation in the decision-making process".[3] The Department will inform Canadians about pest management practices and advise them about the safe use of pest control products. We will publish proposed regulatory decisions, provide detailed health, environmental and value evaluations, and allow the inspection of non-confidential data. Not only will the public have the opportunity to provide input on major regulatory decisions as they do now, but they will also be able to request the reconsideration of these decisions and

request the initiation of special reviews of existing registrations. These initiatives are expected to help increase transparency of regulatory decisions, which will lead to increased public confidence in the regulation of pesticides in Canada.

PMRA home page:
http://www.pmra-arla.gc.ca/
PMRA Strategic Plan 2003–2008:
http://www.pmra-arla.gc.ca/english/pdf/plansandreports/pmra_strategicplan2003-2008-e.pdf

Endnotes and Web Site Links

1. Horizontal Initiative Table (http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_e.asp)
2. *Pest Control Products Act* (http://laws.justice.gc.ca/en/P-9.01/92435.html)

Strategic Outcome # 4: Better Health Outcomes and Reduction of Health Inequalities Between First Nations and Inuit and Other Canadians

Program Activity — *First Nations and Inuit Health*

PLANNED SPENDING AND FULL-TIME EQUIVALENTS (FTEs)

($ millions)	Forecast Spending 2004–2005	Planned Spending 2005–2006	Planned Spending 2006–2007	Planned Spending 2007–2008
Gross expenditures	1,849.3	1,869.1	1,906.8	1,933.5
Less: Expected respendable revenues	5.5	5.5	5.5	5.5
Net expenditures* **	1,843.8	1,863.6	1,901.3	1,928.0
FTEs	2,550	2,588	2,602	2,590

* The increase in net expenditures from 2004–2005 to 2005–2006 is mainly due to increases related to the growth of the Indian Envelope, the Sustainability of First Nations and Inuit Health System and the Implementation of the First Nations Water Management Strategy. These increases are partially offsetted by decreases related to the sunsetting of the Canadian Diabetes Strategy and the Labrador Innu Healing Strategy, a one-time contribution in 2004–2005 to the Province of Ontario for the construction of the Meno-Ya-Win Health Centre, a one-time funding in 2004–2005 for Non-Insured Health Benefits, and a contribution to the $1 billion federal government reallocation exercise. Budget 2005 has announced new funding that addresses certain sunsetting items. Please see Section 4 for further details on the Budget. The increase in net expenditures fro 2005–2006 to 2006–2007 is mainly due to increases related to the growth of the Indian Envelope, the Implementation of the First Nations Water Management Strategy and the Sustainability of First Nations and Inuit Health System. These increases are partially offsetted by a contribution to the $1 billion federal government reallocation exercise. The net increase from 2006–200 to 2007–2008 is mainly due to the Indian Envelope growth. This increase is partially offsetted by the sunset of the Resolution Framework for Indian Residential Schools Initiative.

** Figures include an amount for other departmental and regional infrastructure costs supporting program delivery. These costs are $113.8 million in 2004–2005, $106.3 million in 2005–2006, $108.4 million in 2006–2007 and $107.0 million in 2007–2008.

Program Activity Description

The objectives of Health Canada's First Nations and Inuit Health program activity include improving health outcomes; ensuring availability of, and access to, quality health services; and supporting greater control of the health system by First Nations and Inuit.

Health Canada has an extensive range of ongoing programs under this Program Activity that will continue in 2005–2006. We will provide primary health care services through nursing stations and community health centres in remote and/or isolated communities to supplement and support the services that provincial, territorial and regional health authorities provide. Due to the isolation of First Nations and Inuit communities north of 60°, community health nurses will also meet non-urgent health care needs. These services will be complemented by home and community care programs and programs and activities to address oral diseases. Our Non-Insured Health Benefits coverage of drug, dental care, vision care, medical supplies and equipment, short-term crisis intervention mental health services, and medical transportation will be available to all 749,000 registered Indians and recognized Inuit in Canada, regardless of residence.

We will continue to support targeted health promotion programs for Aboriginal people, regardless of residency (e.g., Aboriginal Diabetes Initiative), as well as counselling, child and maternal health supports, addictions and mental wellness services.[1] Other programs will support the development and implementation of activities to promote healthy lifestyle choices, thereby contributing to the prevention of chronic disease and injuries. Ongoing communicable disease programs will address preventable diseases and implement measures to manage, contain and control risks of outbreaks of

diseases such as tuberculosis and HIV/AIDS. The environmental health and research program aims to reduce the risk of exposure to environmental hazards in First Nations and Inuit communities and to improve capacity in the community to implement measures to manage, contain and control those hazards.

We will continue to integrate the principles of environmental management and sustainable development into the Health Facilities and Capital Program, the Environmental Health and Research Program and other program areas.

The Department faces many of the same challenges as other Canadian health systems such as increasing costs and health human resource shortages. In addition, the First Nations and Inuit health system has additional challenges such as growing populations with a higher rate of disease burden and populations living largely in remote and rural areas of the country.

Given these challenges we will draw on the evaluations that are scheduled for many of our programs to identify areas for improvements. In line with our First Nations and Inuit evaluation plan, we plan to review or evaluate the National Native Alcohol and Drug Addictions Program, the First Nations and Inuit Tobacco Control strategy, Health Integration Initiative and the First Nations Water Management Strategy. At a regional level, the Aboriginal Diabetes Initiative will pilot a community-based evaluation process in Manitoba and Quebec. Finally, as a relatively new initiative, the Indian Residential Schools — Mental Health Support Program will begin a formative evaluation.

Based on our assessment of needs and to implement Government of Canada commitments, we have identified a number of priority issues for action in 2005–2006 related to improving Aboriginal health outcomes.

Implementing the First Ministers' Commitments on Aboriginal Health

In September 2004, First Ministers and Aboriginal Leaders met to discuss joint actions to improve Aboriginal health, and adopt measures to address the disparity in the health status of this population. First Ministers and Aboriginal leaders agreed to work together to develop a blueprint to improve the health status of and health services to Aboriginal peoples in Canada. In addition, the Government of Canada announced $700 million for a series of new federal commitments that will address urgent and critical aspects of a longer term plan. These included an Aboriginal Health Transition Fund to enable the federal, provincial and territorial governments and communities to devise new ways to integrate and adapt existing health services to better meet the needs of all Aboriginal peoples. Also included was the Aboriginal Health Human Resources Initiative (AHHRI) to increase the number of Aboriginal people choosing health care professions; to adapt current health professional curricula to provide a more culturally sensitive focus; and to improve the retention of health workers serving all Aboriginal peoples. The funding will also enhance health promotion and disease prevention programs focussing on suicide prevention, diabetes, maternal and child health, and early childhood development.

During 2005–2006, we will move forward on these commitments and funding. On AHHRI, for example, we will consult with partners and stakeholders, establish a comprehensive program framework and begin to implement activities. These efforts will be linked to broader federal-provincial-territorial health human resources processes.

Addressing Early Childhood Health Priorities

The new funding announced in September 2004 will also help to enhance our already growing continuum of services that support Aboriginal mothers, children and families from before pregnancy to the time a child enters school. These increased services will contribute to the positive growth and development of Aboriginal infants, children and their mothers so that the health outcomes of these groups reach levels that have been attained by non-Aboriginal Canadians.[2]

A separate issue of importance to our child health goals will be our work to increase immunization

In partnership with the province of Nova Scotia, Indian and Northern Affairs Canada and Nova Scotia's First Nation Chiefs, Health Canada is supporting the Mi'kmaq Youth, Recreation and Active Circle of Living initiative. One component of this initiative is developing tools to support community-based health staff in the promotion of healthy behaviours such as active living and healthy eating.

coverage rate for on-reserve children and reduce their higher incidence of vaccine preventable diseases and related complications. To do this, we will provide access to targeted vaccines to on-reserve populations.

Acting on Major Threats to Aboriginal Health

In addition to our ongoing attention to chronic and communicable diseases, in 2005–2006, Health Canada will enhance Aboriginal Diabetes programming to increase awareness of healthy behaviours such as healthy eating, active living and increased access to appropriate diabetes services. Over time, these enhancements will help to reduce health disparities related to diabetes that exist between Aboriginal people and other Canadians. In combination with these efforts, we will also provide funding to the First Nations and Inuit Tobacco Control Strategy to increase awareness of how tobacco contributes to the development of several chronic diseases, including diabetes.

There is a growing burden of disease in First Nations and Inuit communities despite continuing efforts to fight HIV/AIDS. In 2005–2006, our Department will complete the First Nations and Inuit component of the Canadian Strategy for HIV/AIDS. This will include conducting consultations with First Nations and Inuit on program planning and implementation, developing national guidelines and timely mechanisms for funding, developing regional infrastructure and supporting the communities on national Aboriginal intervention. An action plan will be developed to ensure the continuation of programming to reduce the incidence of HIV/AIDS in First Nations and Inuit communities.

Supporting Effective Health Services in First Nations and Inuit Communities

As noted in the introduction, our nursing services are essential in many remote or isolated First Nations and Inuit communities. To improve the quality, accessibility, effectiveness and integration of these health services, we will continue to implement our comprehensive nursing transformation strategy. We will invest $55.4 million over the next three years to add more than 120 new positions, with 74 targeted to nursing stations. We will also introduce more skilled roles for nurses in these front-line posts.

To improve our ability to recruit and retain nurses with the skills that we need, we will support their professional development and continuing education. In partnership with the nursing profession, Health Canada will contribute to the establishment of a web-based National Nursing Portal that will provide access to the information for nurses in rural and remote settings that they need to support professional nursing and evidence-based practice and to eliminate professional isolation.

Our Health Facilities and Capital Program supports the construction, operation, and maintenance of on-reserve health facilities and staff residences. For 2005–2006, we plan to invest $7 million to build or expand nine health facilities. We also plan to spend $7.6 million for sixteen residential units, which will improve the living and working conditions of nursing staff. This is a key element in our recruitment and retention of qualified health professionals.

To assist with capacity building, Health Canada is promoting the career choice of environmental health officer among members of francophone First Nations communities in Quebec. For these communities, Health Canada co-developed a four-year training program in environmental health, which will be offered starting in 2005 in partnership with the Bathurst Campus of the New Brunswick Community College.

Health Canada, provincial governments and licensing bodies in the Atlantic region will undertake a project that will result in the establishment of an integrated and comprehensive package of standards, policies, and guidelines for community health nursing in First Nations communities.

The First Nations and Inuit Home and Community Care (HCC) program has enabled the establishment of home care services in approximately 90% of First Nations and Inuit communities. In addition to an evaluation of HCC that will be completed by March 2006 and will assist us in improving home and continuing care, we will work with the Assisted Living program of Indian and Northern Affairs Canada (INAC) and First Nations and Inuit partners to identify gaps in community-based continuing care services and to explore potential options to address these gaps. This will help us complete a continuing care policy framework in 2005.

The 2003 Federal Budget announced $600 million over five years, starting in 2003–2004, for the implementation of the First Nations Water Management Strategy by INAC and Health Canada to upgrade, maintain and monitor water and wastewater systems on First Nations reserves. This responded to comprehensive assessments of water quality issues in First Nations communities that showed significant potential health risks when assessed against federal-provincial-territorial guidelines. We will continue to use the $116 million in resources allocated to our Department to increase the frequency of drinking water quality monitoring in First Nations communities to meet nationally recommended standards, increase the number of First Nations communities that have on-site sampling and testing kits, and provide training to increase First Nations communities' capacity to sample and test drinking water quality. By 2006, the department will be able to meet the nationally recommended standards for water quality monitoring, which will result in increased First Nations confidence in the quality of their drinking water.

Endnotes and Web Site Links

1 Includes the following programs: Brighter Futures; Building Health Communities; National Native Alcohol and Drug Abuse Program, Youth Solvent Abuse; First Nations Inuit Tobacco Control Strategy; Innu Healing Strategy; and the Indian Residential School Mental Health Support Program.

2 Includes the following programs: Aboriginal Head Start On-Reserve, Fetal Alcohol Spectrum Disorder; and the Canada Prenatal Nutrition Program.

3

Supplementary Information

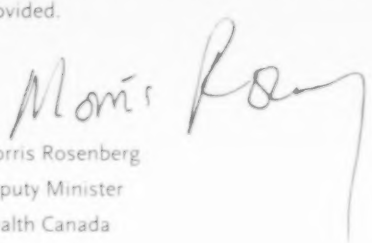
Management Representation Statement

I submit, for tabling in Parliament, the 2005–2006 Report on Plans and Priorities for Health Canada.

This document has been prepared based on the reporting principles and disclosure requirements contained in the *Guide to the Preparation of the 2004–2005 Report on Plans and Priorities*:

- It accurately portrays the organization's plans and priorities.
- The planned spending information in this document is consistent with the directions provided in the Minister of Finance's Budget and by the Treasury Board Secretariat.
- It is comprehensive and accurate.
- It is based on sound underlying departmental information and management systems.

The reporting structure on which this document is based has been approved by Treasury Board Ministers and is the basis for accountability for the results achieved with the resources and authorities provided.



Morris Rosenberg
Deputy Minister
Health Canada
March 2005

Health Portfolio

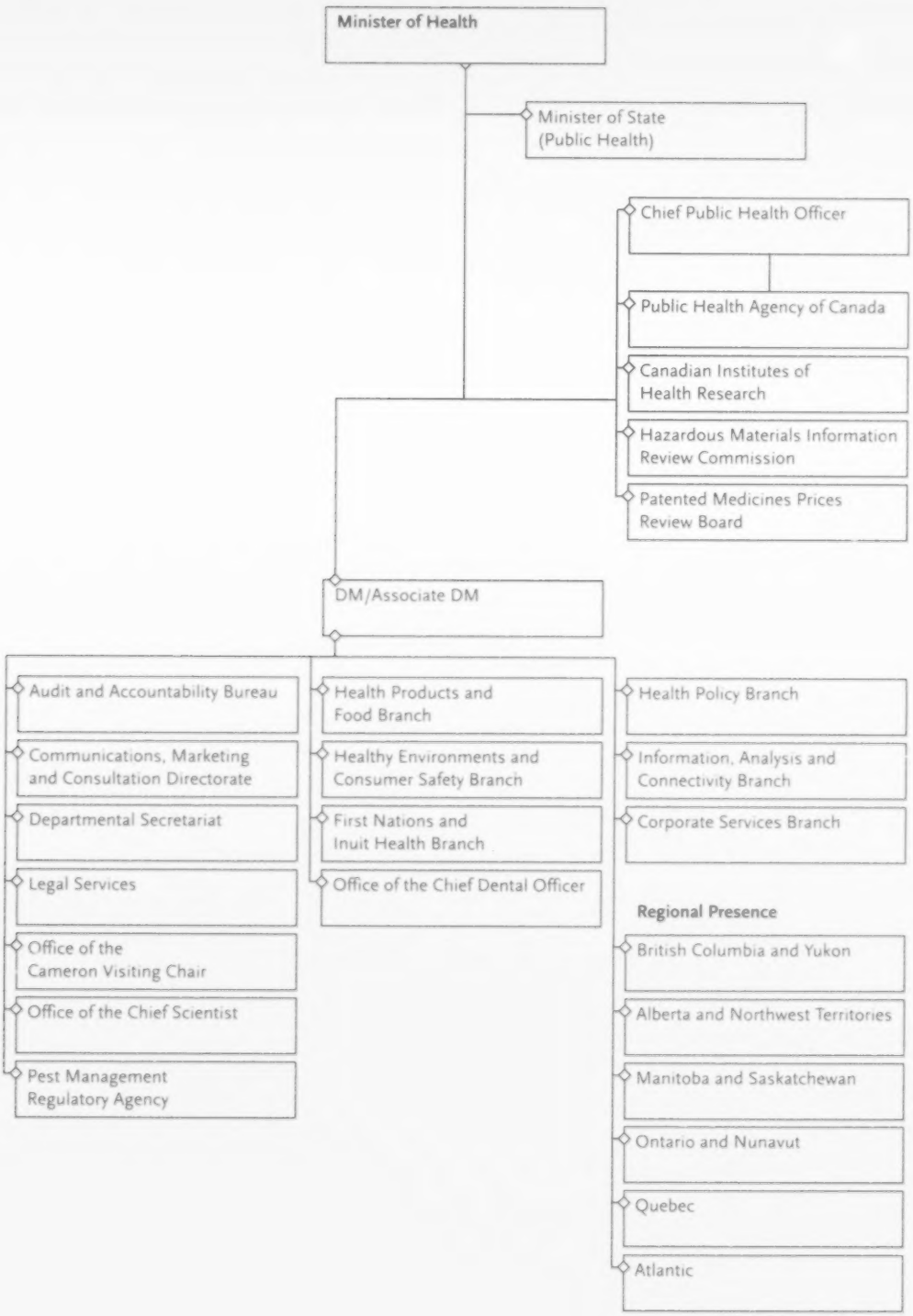


Table 1: Departmental Planned Spending and FTEs

($ millions)	Forecast Spending 2004–2005[1]	Planned Spending 2005–2006	Planned Spending 2006–2007	Planned Spending 2007–2008
Budgetary Main Estimates	3,232.9	2,924.6	2,684.9	2,696.2
Less: Respendable Revenues	66.6	68.9	69.1	69.3
Total Main Estimates	3,166.3	2,855.7	2,615.8	2,626.9
Adjustments:[2]				
Transfer to the Public Health Agency of Canada	-410.3			
Supplementary Estimates:				
Operating budget carry forward (horizontal item)	39.5			
Funding to support the construction of the Meno-Ya-Win Health Centre in Sioux Lookout, Ontario	37.4			
Funding for initiatives related to the 2003 First Ministers' Accord (Health Council, Health Human Resources and territorial health supplements)	25.0			
One year extension to existing health promotion programs (Canadian Diabetes Strategy and Hepatitis C Prevention, Support and Research Program)	18.4			
Funding related to government advertising programs (horizontal item)	15.8			
Realignment of resources in recognition of the continued devolution of non-insured health services to First Nations' control	9.5			
Activities to mitigate the impact of the Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) crisis (horizontal item)	8.0	6.2		
Realignment of resources in order to purchase anti-viral drugs and to fund operational activities, such as assessments and evaluations in support of the department's grant and contribution programs	7.6			
Assessment, management and remediation of federal contaminated sites (horizontal item)	5.7			
Incremental funding to address gaps in public health and to lay the foundation for the creation of the Public Health Agency of Canada	5.5			
Funding to deliver federal programs and services in two Labrador Innu communities, including health and community policing (Labrador Innu Comprehensive Healing Strategy) (horizontal item)	5.3			
Additional funding for the Access to Medicines Program which helps make available drugs that are sold to least developed countries for the treatment of HIV/AIDS, malaria, tuberculosis and other epidemics	1.4	3.3	3.7	3.3
Funding to strengthen initiatives in support of the Canadian Strategy on HIV/AIDS in Canada (horizontal initiative)	0.5	2.0	2.7	3.0

Table 1: (cont'd)

($ millions)	Forecast Spending 2004–2005[1]	Planned Spending 2005–2006	Planned Spending 2006–2007	Planned Spending 2007–2008
Funding for initiatives on sustainable development issues of global importance (horizontal item)	0.1			
Initiatives to support the implementation of a common electronic infrastructure and multi-channel service delivery strategy (Government On-Line) (horizontal item)	0.1			
Funding related to the development of Official Language Minority Communities (Interdepartmental Partnership with the Official Language Communities) (horizontal item)	0.1			
Funding to modernize human resources management in the Federal Public Service (*Public Service Modernization Act*) (horizontal initiative)	0.1			
Less: Spending authorities available	-63.7			
Less: Spending authorities related to the government-wide reallocation initiative	-3.7			
Other Adjustments:				
Collective Agreements	17.1			
Repeal of the Radiation Dosimetry Services Fees Regulations and Revision of the National Dosimetry Services Product, Service and Fee Structure	0.2			
Canadian Biotechnology Strategy — Genomics-based research		4.0	4.0	4.0
Set-up of the Assisted Human Reproduction Agency		7.1	5.6	3.8
Cannabis Reform — drug analysis services		0.7	0.7	0.7
Less: Spending authorities available	-35.0			
Total Adjustments	**-315.4**	**23.3**	**16.7**	**14.8**
Net Planned Spending[3]	**2,850.9**	**2,879.0**	**2,632.5**	**2,641.7**
Budget Announcements:				
Budget 2005 initiatives[4]		148.5	240.0	330.0
Expenditure Review Committee reductions[5]				
Departmental initiatives		-16.5	-28.1	-50.5
Government-wide efficiencies — procurement		-3.6		
Total Net Planned Spending	**2,850.9**	**3,007.4**	**2,844.4**	**2,921.2**
Less: Non-respendable Revenues	8.8	8.9	8.9	8.9
Plus: Cost of services received without charge[6]	75.1	76.5	78.3	78.0
Net Cost of Program	**2,917.2**	**3,075.0**	**2,913.8**	**2,990.3**
Full-Time Equivalents[7]	**7,993**	**8,123**	**8,082**	**8,037**

(1) Reflects the best forecast of total net planned spending to the end of the fiscal year.
(2) Adjustments reflect Supplementary Estimates for 2004–2005 and future year approvals not reflected in the 2005–06 Main Estimates.
(3) Refer to Section 2 for explanation by program activity of year-over-year fluctuations.
(4) This reflects changes in planned program spending for the upcoming planning period as a result of 2005 Budget announcements. Budget 2005 Information can be found under Section 4.
(5) This reflects the reductions to the department's planned spending as a result of the Expenditure Review Committee exercise and which were announced in the 2005 Budget — more information will be provided in the next Supplementary Estimates.
(6) Includes the following services received without charge: accommodation charges (Public Works and Government Services Canada); Contributions covering employers' share of employees' insurance premiums and expenditures (Treasury Board Secretariat); Workers' Compensation (Social Development Canada); and Legal Services (Department of Justice Canada).
(7) Full-time equivalents reflect the human resources that the Department uses to deliver its programs and services. This number is based on a calculation that considers full-time, term, casual employment, and other factors such as job sharing.

Table 2: Program Activities for 2005–2006 (in millions of dollars)

Program Activity	Operating	Capital	Grants and Contributions	Gross	Respendable Revenues	Total Main Estimates	Adjustments (planned spending not in Main Estimates)	Total Planned Spending
Health Policy, Planning and Information	95.3	—	353.1	448.4	—	448.4	7.9	**456.3**
Health Products and Food	251.0	1.4	9.9	262.3	(41.2)	221.1	12.9	**234.0**
Healthy Environments and Consumer Safety	236.8	1.0	50.0	287.8	(15.2)	272.6	1.1	**273.7**
Pest Control Product Regulation	58.3	—	—	58.3	(7.0)	51.3	0.1	**51.4**
First Nations and Inuit Health	1,077.5	1.5	788.8	1,867.8	(5.5)	1,862.3	1.3	**1,863.6**
Total	**1,718.9**	**3.9**	**1,201.8**	**2,924.6**	**(68.9)**	**2,855.7**	**23.3**	**2,879.0**

Table 3: Voted and Statutory Items Listed in Main Estimates (in millions of dollars)

2005–2006			
Vote or Statutory Item	Truncated Vote or Statutory Wording	Current Main Estimates	Previous Main Estimates
1	Operating expenditures	1,552.6	1,702.4
5	Grants and contributions	1,201.8	1,343.8
(S)	Minister of Health — Salary and motor car allowance	0.1	0.1
(S)	Contributions to employee benefit plans	101.2	120.0
	Total Department	**2,855.7**	**3,166.3**

The major differences between the current and previous year are: a decrease of $359 million related to the transfer of resources from Health Canada to the new Public Health Agency of Canada following its creation; and an increase of $47 million related to the Sustainability of First Nations and Inuit Health System.

Table 4: Net Cost of Department for 2005–2006 (millions of dollars)	
Gross Planned Spending (Gross Budgetary Main Estimates plus Adjustments)	2,947.9
Budget 2005 initiatives*	148.5
Expenditure Review Committee reductions**	
Departmental initiatives	-16.5
Government-wide efficiencies — Procurement	-3.6
Total Gross Planned Spending	3,076.3
Plus: Services Received without Charge	
Accommodation provided by Public Works and Government Services Canada (PWGSC)	31.1
Contributions covering employers' share of employees' insurance premiums and expenditures paid by Treasury Board Secretariat	41.1
Worker's compensation coverage provided by the Department of Human Resources and Skills Development	0.8
Salary and associated expenditures of legal services provided by Justice Canada	3.5
Less : Respendable Revenues	68.9
Less: Non-respendable Revenues	8.9
2005–2006 Net cost of the Department	**3,075.0**

* This reflects changes in planned program spending for the upcoming planning period as a result of 2005 Budget announcements. Budget 2005 Information can be found under Section 4.

** This reflects the reductions to the department's planned spending as a result of the Expenditure Review Committee exercise and which were announced in the 2005 Budget — more information will be provided in the next Supplementary Estimates.

Table 5: Sources of Respendable and Non-Respendable Revenues

Respendable Revenues
(millions of dollars)

Program Activity	Forecast Revenue 2004–2005	Planned Revenue 2005–2006	Planned Revenue 2006–2007	Planned Revenue 2007–2008
Health Products and Food	41.2	41.2	41.2	41.2
Healthy Environments and Consumer Safety	13.8	15.2	15.4	15.6
Pest Control Product Regulation	7.0	7.0	7.0	7.0
First Nations and Inuit Health	5.5	5.5	5.5	5.5
Total Respendable Revenues	67.5	68.9	69.1	69.3

Non-Respendable Revenues
(millions of dollars)

Program Activity	Forecast Revenue 2004–2005	Planned Revenue 2005–2006	Planned Revenue 2006–2007	Planned Revenue 2007–2008
Health Products and Food	3.9	3.9	3.9	3.9
Healthy Environments and Consumer Safety	1.6	1.7	1.7	1.7
Pest Control Product Regulation	1.0	1.0	1.0	1.0
First Nations and Inuit Health	2.3	2.3	2.3	2.3
Total Non-Respendable Revenues	8.8	8.9	8.9	8.9
Total Respendable and Non-Respendable Revenues	76.3	77.8	78.0	78.2

Table 5: Sources of Respendable and Non-Respendable Revenues

Respendable Revenues
(millions of dollars)

Program Activity	Forecast Revenue 2004–2005	Planned Revenue 2005–2006	Planned Revenue 2006–2007	Planned Revenue 2007–2008
Health Products and Food	41.2	41.2	41.2	41.2
Healthy Environments and Consumer Safety	13.8	15.2	15.4	15.6
Pest Control Product Regulation	7.0	7.0	7.0	7.0
First Nations and Inuit Health	5.5	5.5	5.5	5.5
Total Respendable Revenues	67.5	68.9	69.1	69.3

Non-Respendable Revenues
(millions of dollars)

Program Activity	Forecast Revenue 2004–2005	Planned Revenue 2005–2006	Planned Revenue 2006–2007	Planned Revenue 2007–2008
Health Products and Food	3.9	3.9	3.9	3.9
Healthy Environments and Consumer Safety	1.6	1.7	1.7	1.7
Pest Control Product Regulation	1.0	1.0	1.0	1.0
First Nations and Inuit Health	2.3	2.3	2.3	2.3
Total Non-Respendable Revenues	8.8	8.9	8.9	8.9
Total Respendable and Non-Respendable Revenues	76.3	77.8	78.0	78.2

Table 6: Resource Requirements by Branch and by Program Activity (in millions of dollars)

2005–2006						
	Program Activity					
Branch	Health Policy, Planning and Information	Health Products and Food	Healthy Environments and Consumer Safety	Pest Control Product Regulation	First Nations and Inuit Health	Total Planned Spending
Health Policy Branch	399.4					399.4
Health Products and Food Branch		184.2				184.2
Healthy Environments and Consumer Safety Branch			223.6			223.6
Pest Management Regulatory Agency				40.2		40.2
First Nations and Inuit Health Branch					1,757.3	1,757.3
Information, Analysis and Connectivity Branch	42.6	10.9	11.0	2.5	19.0	86.0
Corporate Services Branch	7.6	20.3	20.5	4.6	38.1	91.1
Departmental Executive Branch*	6.7	18.6	18.6	4.1	49.2	97.2
Total	456.3	234.0	273.7	51.4	1,863.6	2,879.0

* Includes such areas as Communications, Legal Services, Office of Chief Scientist, Audit and Accountability Bureau, Executive Offices and Offices of Regional Directors General.

Table 7: Major Regulatory Initiatives

PROGRAM ACTIVITY: HEALTH POLICY, PLANNING AND INFORMATION	
Regulations	**Expected Results**
Regulations concerning section 8 of the *Assisted Human Reproduction Act* (consent) and the definition of an *in vitro* embryo donor.	Human reproductive material and *in vitro* embryos are used only with the donor's written consent. The principle of free and informed consent is promoted and applied as a fundamental condition of the use of assisted human reproductive technologies.
PROGRAM ACTIVITY: HEALTH PRODUCTS AND FOOD	
Regulations	**Expected Results**
Food and Drugs Act — Implement Phase I and II of the regulatory framework for cells, tissues and organs intended for transplantation.	The new regulations will aim to balance the need for safe cells, tissues, and organs of high quality with the need to ensure the availability of cells, tissues and organs for transplantation. The Phase I regulations will focus on the basic safety requirements for human cells, tissues and organs. The Phase II regulations will include adverse event reporting requirements and a compliance and enforcement strategy.
Amendment to Processing and Distribution of Semen for Assisted Conception Regulations (Semen Regulation).	The amended regulations will reflect current safety standards for semen used in assisted conception.
Food and Drug Regulations — Amendment to provisions respecting plasmapheresis in Division 4 of Part C.	The amended regulations will reflect current methods and practices used to collect human plasma as well as the list of transmissible diseases for which tests must be performed in order to maximize the safety of plasma and plasma donors.
Food and Drugs Act — New Regulations Respecting Blood and Blood Components.	The new regulations will aim to balance the need for safe blood and blood components with the need to ensure the availability of blood and blood components for transfusion. The new regulations will include basic safety requirements, adverse event reporting requirements and a compliance and enforcement strategy.
Food and Drug Regulations — Amendment to Division 3 of Part C to provide for an exemption for the requirement to file Clinical Trial Applications for certain radiopharmaceutical studies.	The amended regulations will eliminate regulatory burden for the performance of certain limited basic research studies, while helping to ensure that patient safety is not compromised.
Food and Drug Regulations (Addition of Vitamins and Minerals to Foods)	Revision of regulations on the addition of vitamins and minerals to foods taking into account the role of nutrient addition to foods, consumer needs and expectations, and industry requests.
Food and Drug Regulations (Enhanced Labelling)	Mandatory labelling of specific food allergens, gluten sources and sulphites when present at 10 parts per million or more, on the labels of prepackaged food products, whether they have been added directly or indirectly.
Food and Drug Regulations (Mandatory Labelling of Raw Ground Meat and Ground Poultry)	Reduction of food borne illness as a result of providing safe handling information on the labels of these products.
Food and Drug Regulations (Saccharin)	Availability of an additional intense sweetener to allow a wider range of dietetic food products for the benefit of consumers who wish to consume these products.

Table 7: (cont'd)	
Food and Drug Regulations (Caffeine)	Additional beverages containing added caffeine and more information on levels of caffeine in these products to allow consumers to make an informed choice about their caffeine intake.
Food and Drug Regulations (Food Irradiation)	Optional use of the food irradiation process for ground beef, poultry, shrimp and prawns and mangoes to control pathogens, reduce microbial load and insect infestation and extend shelf life.
Food and Drug Regulations (Revisions to Division 12 — Prepackaged Water and Ice)	Modernization and expansion of the safety and labelling requirements for prepackaged water and ice products under the Food and Drug Regulations.
Environmental Assessment Regulations	Health Canada has begun developmental work for new Environmental Assessment Regulations for approximately 9,000 substances in products regulated under the *Food and Drugs Act*. Extensive stakeholder consultations with industry, environmental groups and scientists have already been held to raise awareness on this issue and engage stakeholders. The next round of consultations will centre on several regulatory options laid out in an Options Analysis paper. Support of related scientific research will also continue to provide evidence to both support the regulatory approach and identify related best practices. The new regulatory framework will bring substances in products regulated under the *Food and Drugs Act* into compliance with the *Canadian Environmental Protection Act* (1999).
Food and Drug Regulations — Routine amendments to update Schedule F to the Food and Drug Regulations	Appropriate revisions of Schedule F to accommodate the marketing of drugs for which a Notice of Compliance has been issued.
Medical Device Regulations — Exclusion of certain tissues from the Medical Device Regulations	The Medical Devices Regulations are being amended to exclude certain tissues that will be regulated under the proposed Cells, Tissues and Organs (CTO) Regulatory Framework. This amendment has to be coordinated with the coming into force of the CTO Regulations.
Food and Drug Regulations — Amendment of the Data Protection provisions of Division 8	The data protection provisions of the Food and Drug Regulations are being amended to provide effective data protection for a period of eight years, for innovator drugs that contain medicinal ingredients not previously approved for sale in Canada. An additional six months will be provided for submissions that include pediatric studies that were designed and conducted with the purpose of increasing knowledge about the drug in pediatric age groups in which the drug may be used.
Food and Drug Regulations — Amendment to Division 8 to allow for the issuance of a Notice of Compliance with Conditions (NOC/c)	Will provide legislative means for Health Canada to accelerate access to new life-saving drug therapies on the basis of promising evidence of clinical effectiveness. Will also provide the means to monitor and regulate the products effectively in the post-market domain and mitigate legal liability.
Food and Drug Regulations — Regulations amending the Special Access Program	The current special access program allows for the authorization of a drug for use by an individual patient. This amendment will allow for the release of drug to a block of patients under certain limited circumstances.

Table 7: (cont'd)	
Food and Drug Regulations	New or revised maximum residue limits for veterinary drugs in foods to ensure the safety of food products from animals treated with the veterinary drugs.
Food and Drug Regulations	Increase the scope of the prohibition on importation of veterinary drugs to include the personal importation of drugs intended to be used in food producing animals to avoid potentially harmful residues in food products from animals treated with these drugs.
Food and Drug Regulations	Prohibition of sale of products containing carbadox for sale in Canada to avoid potentially harmful residues in food products from animals treated with this drug.
PROGRAM ACTIVITY: HEALTHY ENVIRONMENTS AND CONSUMER SAFETY	
Regulations	**Expected Results**
Regulations under the *Controlled Drugs and Substances Act* (CDSA) to expand the authority for regulated health professionals to prescribe controlled substances where appropriate.	Federal legislation will not unnecessarily restrict the professional practice of any health profession regulated by provincial or territorial (P/T) authorities, including practitioners of medicine, dentistry, veterinary medicine, podiatric medicine, midwifery, and nurse practitioners, with respect to the use of controlled substances in the treatment of their patients. This result will be achieved over the next 2 to 3 years as federal and P/T regulations are amended to allow health professionals to prescribe controlled substances in accordance with standards of professional practice defined by their regulatory authorities. Objectives will be achieved when the federal legislation permits specific health professionals, other than practitioners of medicine, dentistry and veterinary medicine, to use/prescribe controlled substances as permitted by P/T regulation.
Tobacco Advertising Regulations	Increased awareness of tobacco-related health hazards through mandating of new health warnings in advertising. Awareness will be measured through surveys.
Tobacco Labelling Regulations (Revised)	Increased awareness of tobacco-related hazards through mandating of new health warnings on packaging. Awareness will be measured through surveys.
Tobacco Regulations on "Light" and "Mild" Descriptors	Reduced confusion among smokers regarding these descriptors. Greater awareness that no class of cigarettes is a "safer" alternative. Achievements will be measured through surveys.
Tobacco Retail Promotion Regulations	Reduced visibility of tobacco promotion at retail. Achievements will be measured through surveys at retail.

Table 7: (cont'd)

PROGRAM ACTIVITY: PEST CONTROL PRODUCT REGULATION	
Regulations	**Expected Results**
Revision of current Pest Control Product Regulations in light of new *Pest Control Products Act* (new PCPA)	Revised regulations will ensure that terminology is consistent with the new Act and that any provisions that have been moved to the Act are deleted from the Regulations and, through use of authority in new PCPA, will codify current policy.
Adverse Effects Reporting Regulations	New regulations will specify types of information that must be reported by registrants/applicants under new PCPA and time frames for reporting. Will provide information for re-evaluation and possible trigger for special review, resulting in removal of pesticides and uses of unacceptable risk. Will contribute to strengthen health and environmental protection.
Review Panel Regulations	The new PCPA includes a process for the reconsideration of major registration decisions by a review panel. New regulations will specify administrative details necessary to govern the reconsideration process. Will contribute to better public participation in the regulatory process, increased transparency and increased public and stakeholder confi dence in pesticide regulation.
Revision of Agriculture and Agri-Food Administrative Monetary Penalties Regulations Respecting the *Pest Control Products Act* and Regulations	Revised regulations will reflect additional violations under the new Act and regulations.
Food and Drug Regulations (Amendments to Division 15)	New or revised maximum residue limits for pesticides. Will ensure the safety of food following use of these products on crops or food-producing animals.
Revision of current regulations in light of new *Pest Control Products Act* (new PCPA)	Revised regulations will ensure that terminology is consistent with the new Act and that any provisions that have been moved to the Act are deleted from the Regulations and, through use of authority in new PCPA, will codify current policy.
Revision of Agriculture and Agri-Food Administrative Monetary Penalties Regulations Respecting the *Pest Control Products Act* and Regulations	Revised regulations will reflect additional violations under the new Act and regulations.
Food and Drug Regulations (Amendments to Division 15)	New or revised maximum residue limits for pesticides. Will ensure the safety of food following use of these products on crops or food-producing animals.

Table 8: Details on Transfer Payments Programs

Over the next three years, Health Canada will manage the following transfer payments programs in excess of $5 million:

2005–2006

- Health Information Contribution Program
- Contribution Program to Improve Access to Health Services for Official Language Minority Communities
- Contributions to Indian bands, Indian and Inuit associations for groups or local governments and the territorial governments for Non-Insured Health Services
- Payments to the Aboriginal Health Institute/Centre for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health
- Contributions for First Nations and Inuit health promotion and prevention projects and for developmental projects to support First Nations and Inuit control of health services
- Contributions on behalf of, or to, Indians or Inuit towards the cost of construction, extension or renovation of hospitals and other health care delivery facilities and institutions as well as hospital and health care equipment
- Contribution towards the Aboriginal Head Start On-reserve Program
- Capital contributions for Non-Departmental Health Facilities for First Nations and Inuit
- Payments to Indian bands, associations or groups for the control and provision of health services
- Contributions to support pilot projects to assess options for transferring the Non-Insured Health Benefits Program to First Nations and Inuit Control
- Contributions for integrated Indian and Inuit community-based Health Care Services
- Health Care Strategies and Policy Contribution Program
- Health Care Strategies and Policy, Federal/Provincial/Territorial Partnership Grant Program
- Named Grant to the Health Council of Canada
- Named Grant to the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
- Grant to the Canadian Patient Safety Institute
- Health Policy Research Program
- Northern Health Supplement to the 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal
- Women's Health Contribution Program
- Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation (ADTR) Contribution Program
- Contributions in Support of the Canadian Centre on Substance Abuse (CSCCSA)
- Drug Strategy Community Initiatives Fund (Vote 5)
- Tobacco Control Programme
- Contribution to Canadian Council on Donation & Transplantation
- Grant to the Canadian Blood Services

For further information on the above-mentioned transfer payment programs see http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp

Table 8: (cont'd)

2006–2007
• Health Information Contribution Program
• Contribution Program to Improve Access to Health Services for Official Language Minority Communities
• Contributions to Indian bands, Indian and Inuit associations for groups or local governments and the territorial governments for Non-Insured Health Services
• Payments to the Aboriginal Health Institute/Centre for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health
• Contributions for First Nations and Inuit health promotion and prevention projects and for developmental projects to support First Nations and Inuit control of health services
• Contributions on behalf of, or to, Indians or Inuit towards the cost of construction, extension or renovation of hospitals and other health care delivery facilities and institutions as well as hospital and health care equipment
• Contribution towards the Aboriginal Head Start On-reserve Program
• Capital contributions for Non-Departmental Health Facilities for First Nations and Inuit
• Payments to Indian bands, associations or groups for the control and provision of health services
• Contributions to support pilot projects to assess options for transferring the Non-Insured Health Benefits Program to First Nations and Inuit Control
• Contributions for integrated Indian and Inuit community-based Health Care Services
• Health Care Strategies and Policy Contribution Program
• Health Care Strategies and Policy, Federal/Provincial/Territorial Partnership Grant Program
• Named Grant to the Health Council of Canada
• Named Grant to the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
• Grant to the Canadian Patient Safety Institute
• Health Policy Research Program
• Women's Health Contribution Program
• Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation (ADTR) Contribution Program
• Contributions in Support of the Canadian Centre on Substance Abuse (CSCCSA)
• Drug Strategy Community Initiatives Fund (Vote 5)
• Tobacco Control Programme
• Contribution to Canadian Council on Donation & Transplantation
For further information on the above-mentioned transfer payment programs see http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp

Table 8: (cont'd)

2007–2008

- Contribution Program to Improve Access to Health Services for Official Language Minority Communities
- Contributions to Indian bands, Indian and Inuit associations for groups or local governments and the territorial governments for Non-Insured Health Services
- Payments to the Aboriginal Health Institute/Centre for the Advancement of Aboriginal Peoples' Health
- Contributions for First Nations and Inuit health promotion and prevention projects and for developmental projects to support First Nations and Inuit control of health services
- Contributions on behalf of, or to, Indians or Inuit towards the cost of construction, extension or renovation of hospitals and other health care delivery facilities and institutions as well as hospital and health care equipment
- Contribution towards the Aboriginal Head Start On-reserve Program
- Capital contributions for Non-Departmental Health Facilities for First Nations and Inuit
- Payments to Indian bands, associations or groups for the control and provision of health services
- Contributions to support pilot projects to assess options for transferring the Non-Insured Health Benefits Program to First Nations and Inuit Control
- Contributions for integrated Indian and Inuit community-based Health Care Services
- Health Care Strategies and Policy Contribution Program
- Health Care Strategies and Policy, Federal/Provincial/Territorial Partnership Grant Program
- Named Grant to the Health Council of Canada
- Named Grant to the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
- Grant to the Canadian Patient Safety Institute
- Health Policy Research Program
- Women's Health Contribution Program
- Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation (ADTR) Contribution Program
- Contributions in Support of the Canadian Centre on Substance Abuse (CSCCSA)
- Drug Strategy Community Initiatives Fund (Vote 5)
- Tobacco Control Programme
- Contribution to Canadian Council on Donation & Transplantation

For further information on the above-mentioned transfer payment programs see http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp

Table 9: Foundations (Conditional Grants)

Over the next three years, Health Canada will manage the following foundations using conditional grants:

2005–2006
• Canada Health Infoway Inc. (*Infoway*)
• Canadian Institute for Health Information
• Canadian Health Services Research Foundation
2006–2007
• Canada Health Infoway Inc. (*Infoway*)
• Canadian Institute for Health Information
• Canadian Health Services Research Foundation
2007–2008
• Canada Health Infoway Inc. (*Infoway*)
• Canadian Institute for Health Information
• Canadian Health Services Research Foundation

For further information on the above-mentioned foundations see http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp

Table 10 : Horizontal Initiatives

Over the next three years, Health Canada will participate in the following horizontal initiatives:

2005–2006

- Building Public Confidence in Pesticide Regulation and Improving Access to Pest Management Products
- Canada's Drug Strategy
- Federal Early Childhood Development (ECD) Strategy for First Nations and Other Aboriginal Children
- Therapeutic Access Strategy

2006–2007

- Building Public Confidence in Pesticide Regulation and Improving Access to Pest Management Products
- Canada's Drug Strategy
- Federal Early Childhood Development (ECD) Strategy for First Nations and Other Aboriginal Children
- Therapeutic Access Strategy

2007–2008

- Building Public Confidence in Pesticide Regulation and Improving Access to Pest Management Products
- Canada's Drug Strategy
- Federal Early Childhood Development (ECD) Strategy for First Nations and Other Aboriginal Children
- Therapeutic Access Strategy

For further information on the above-mentioned horizontal initiatives see http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp

4 Other Items of Interest

Advancing the Science Agenda

To bring leadership, coherence and expertise to the overall strategic direction of Health Canada's scientific responsibilities and activities, the Department has undertaken priority initiatives in the areas of science advice, partnerships, science activity valorization and development.

Health Canada's Framework for Science outlines five principles for science (alignment, linkages, excellence, innovation, and stewardship) and is intended to enable the Department to fulfill our mandate and contribute to the Government of Canada's overarching priorities. In 2003–2004, the Department developed an inventory of its science. In 2005–2006, the Department will develop a policy to integrate science planning into Departmental planning.

In response to members of Health Canada's social science community, the Office of the Chief Scientist (OCS) is also leading a new Social Sciences Initiative, which will provide a framework to enhance the recognition of social sciences in the Department, improve the integration of the social science community, and provide opportunities for ongoing training to ensure that the policies developed in the Department are based on the most current methodologies.

Under the leadership of OCS, a Departmental working group has been established to assist and inform Health Canada's scientists participating in collaborative arrangements. The working group will develop a comprehensive interpretation of Treasury Board policies and a Departmental roadmap for scientists who participate in these arrangements.

To enhance access to the evidence the Department requires to support decision-making, policy development and regulation, and to ensure that its science and research activities are aligned with Departmental and federal science and technology policy priorities, Health Canada will develop a policy for managing its current and future science and research partnerships. Understanding and taking effective action on science policy issues that are increasingly complex and multidisciplinary in nature many times requires the participation of governments, universities and the private sector, both nationally, and often, internationally. The policy on science and research partnerships will guide and support Departmental efforts to: link activities and collaborate with science and research partners; access external sources of expertise while focusing its internal science and research on those tasks that it is uniquely equipped to deliver; and measure the outcomes of its science and research collaborations.

In addition to these new initiatives, the OCS will continue its ongoing activities, which includes coordinating involvement with the federal science and technology community, fostering and facilitating research partnerships, promoting and communicating Health Canada science and research, and providing intellectual property support through the Business Development Office. To develop Health Canada's research capacity, OCS administers a Postdoctoral Fellowship (PDF) program and an Innovative Science Competition. OCS also organises the Health Canada Science Forum and provides secretariats for the Research Ethics Board and the Science Advisory Board.

Health Canada Highlights from the 2005 Federal Budget

On February 23, 2005, the Minister of Finance tabled the federal Budget. The following is a brief summary of some of the major items that will directly affect the work of Health Canada.

Health Care and Health Protection

- As part of the 10-Year Plan to Strengthen Health Care, the Government of Canada announced an additional $41.3 billion in federal investments in September 2004. The Budget provides an additional $150 million over five years to the territories to assist with the costs associated with medical travel, to facilitate long-term reforms to territorial health care systems, and to create a federal-territorial working group and secretariat to improve health care delivery.
- The Budget also commits a total of $200 million over five years to support implementation of the 10-Year Plan, to be allocated as follows:
  - $75 million over five years to accelerate and expand the assessment and integration of internationally educated health care professionals;
  - $15 million over four years for wait times initiatives that will build on and complement provincial and territorial initiatives; and,
  - $110 million over five years to improve the data collection and reporting of health performance information.
- The Budget provides an additional $170 million over five years to strengthen the safety of drugs, medical devices, and other therapeutic products. Funding will strengthen Health Canada's ability to review clinical trial applications, and monitor and respond to adverse events reports; ensure that the process for developing and manufacturing products is monitored for safety; increase compliance and enforcement; and, assist in the establishment of strong regulations for the safe handling of cells, tissues and organs.

Health and the Environment

- The Budget provides $90 million over five years to assist the Department in fulfilling its outstanding health risk assessment and health protection obligations under the *Canadian Environmental Protection Act* in order to reduce the exposure of Canadians to toxic substances.

Aboriginal Health

- The Budget confirmed $700 million in funding over five years announced at the Special Meeting of First Ministers and Aboriginal Leaders in September 2004. This funding will go towards the Aboriginal Health Transition Fund ($200 million over five years), the Aboriginal Health Human Resources Initiative ($100 million over five years) and health promotion and disease prevention ($400 million over five years).
- In addition, Health Canada will receive funding for early childhood development programming (Aboriginal Head Start) for First Nations children on reserve. In support of early learning and child care, the Budget commits an additional $100 million over the next five years to ensure a healthy start for First Nations children. The Department will receive approximately half of this funding. Specific areas of funding will be determined following community consultations, assessments of programs, and the Aboriginal roundtable discussions.

Expenditure Review

- The Budget incorporates the Expenditure Review Committee's first review of federal spending. The Budget identifies $10.9 billion of expenditure reductions over five years from both Government-wide efficiencies and departmental initiatives. Reductions from Government-wide efficiency measures total $6.7 billion and include initiatives in such

areas as procurement, property management and service delivery. The total impact of these broad initiatives on Health Canada is yet to be determined.

- The Department's contribution to departmental initiatives from internal program and administrative efficiencies is $196 million over five years through improvements to corporate efficiency, the use of information products and program streamlining.

Departmental Contacts

ATLANTIC REGION

Maritime Centre, Suite 1918
1505 Barrington Street
Halifax, Nova Scotia B3J 3Y6
Telephone: (902) 426-9564
Facsimile: (902) 426-6659

MANITOBA AND SASKATCHEWAN REGION

391 York Avenue, Suite 300
Winnipeg, Manitoba R3C 4W1
Telephone: (204) 983-4764
Facsimile: (204) 983-5325

QUEBEC REGION

Complexe Guy-Favreau, East Tower
Suite 208
200 René-Lévesque Blvd. West
Montreal, Quebec H2Z 1X4
Telephone: (514) 283-5186
Facsimile: (514) 283-1364

ALBERTA AND NORTHWEST TERRITORIES REGION

Canada Place, Room 710
9700 Jasper Avenue
Edmonton, Alberta T5J 4C3
Telephone: (780) 495-5172
Facsimile: (780) 495-5551

ONTARIO AND NUNAVUT REGION

4th Floor, 25 St. Clair Avenue East
Toronto, Ontario M4T 1M2
Telephone: (416) 954-3593
Facsimile: (416) 954-3599

BRITISH COLUMBIA AND YUKON REGION

757 West Hastings Street, Room 235
Vancouver, British Columbia V6C 1A1
Telephone: (604) 666-2083
Facsimile: (604) 666-2258

NATIONAL CAPITAL REGION

Telephone: (613) 957-2991
Facsimile: (613) 941-5366
Internet: http://www.hc-sc.gc.ca

FOR PUBLICATIONS, WRITE TO:

Health Canada
0900C2, Brooke-Claxton Building
Ottawa, Ontario, CANADA
K1A 0K9

or

Telephone: (613) 954-5995
Facsimile: (613) 941-5366

BUDGET DES DÉPENSES

Santé Canada

Budget des dépenses
2005-2006

Partie III – Rapport sur les plans et les priorités

Canada

Les documents budgétaires

Chaque année, le gouvernement établit son Budget des dépenses, qui présente l'information à l'appui des autorisations de dépenser demandées au Parlement pour l'affectation des fonds publics. Ces demandes d'autorisations sont présentées officiellement au moyen d'un projet de loi de crédits déposé au Parlement. Le Budget des dépenses, qui est déposé à la Chambre des communes par le président du Conseil du Trésor, comporte trois parties :

Partie I – Le Plan de dépenses du gouvernement présente un aperçu des dépenses fédérales et résume les principaux éléments du Budget principal des dépenses.

Partie II – Le Budget principal des dépenses étaye directement la *Loi de crédits*. Le Budget principal des dépenses énonce les autorisations de dépenser (crédits) et les sommes à inclure dans les projets de loi de crédits que le Parlement doit adopter afin que le gouvernement puisse mettre en application ses plans de dépenses. Les Parties I et II du Budget des dépenses sont déposées simultanément le 1er mars ou avant.

Partie III – Le Plan de dépenses du ministère est divisé en deux documents :

1) **Les rapports sur les plans et les priorités (RPP)** sont des plans de dépenses établis par chaque ministère et organisme (à l'exception des sociétés d'État). Ces rapports présentent des renseignements plus détaillés, pour une période de trois ans, sur les principales priorités d'une organisation, et ce, par objectif stratégique, activité de programme et résultats prévus, incluant des liens aux besoins en ressources connexes. Les RPP contiennent également des données sur les besoins en ressources humaines, les grands projets d'immobilisations, les subventions et contributions, et les coûts nets des programmes. Ils sont déposés au Parlement par le président du Conseil du Trésor au nom des ministres responsables des ministères et des organismes désignés aux annexes I, I.1 et II de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Ces documents sont habituellement déposés au plus tard le 31 mars, pour renvoi aux comités qui peuvent ensuite faire rapport à la Chambre des communes conformément au paragraphe 81(4) du Règlement.

2) **Les rapports ministériels sur le rendement (RMR)** rendent compte des réalisations de chaque ministère et organisme en fonction des attentes prévues en matière de rendement qui sont indiquées dans leur RPP. Ces rapports sur le rendement, qui portent sur la dernière année financière achevée, sont déposés au Parlement en automne par le président du Conseil du Trésor au nom des ministres responsables des ministères et des organismes désignés aux annexes I, I.1 et II de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

Le Budget supplémentaire des dépenses étaye directement la *Loi de crédits*. Le Budget supplémentaire des dépenses énonce les autorisations de dépenser (crédits) et les sommes à inclure dans les projets de loi de crédits que le Parlement doit adopter afin que le gouvernement puisse mettre en application ses plans de dépenses. Le Budget supplémentaire des dépenses est habituellement déposé deux fois par année, soit un premier document au début novembre et un document final au début mars. Chaque Budget supplémentaire des dépenses est caractérisé par une lettre alphabétique (A, B, C, etc.). En vertu de circonstances spéciales, plus de deux Budgets supplémentaires des dépenses peuvent être publiés au cours d'une année donnée.

Le Budget des dépenses, de même que le Budget du ministre des Finances, sont le reflet de la planification budgétaire annuelle de l'État et de ses priorités en matière d'affectation des ressources. Ces documents, auxquels viennent s'ajouter par la suite les Comptes publics et les rapports ministériels sur le rendement, aident le Parlement à s'assurer que le gouvernement est dûment comptable de l'affectation et de la gestion des fonds publics.

©Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par
le Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2005

Ce document est disponible en médias substituts sur demande.

Ce document est disponible sur le site Web du SCT à l'adresse suivante : www.tbs-sct.gc.ca

En vente chez votre libraire local ou par la poste auprès
des Éditions du gouvernement du Canada
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0S9

Téléphone : (613) 941-5995
Télécopieur : (613) 954-5779 ou 1-800-565-7757 (Canada et É.-U.)
Commandes seulement : 1-800-635-7943 (Canada et É.-U.)
Internet : http://publications.gc.ca

No. de catalogue : BT31-2/2006-III-29
ISBN 0-660-62753-1

Santé Canada

Budget des dépenses
2005–2006

Partie III — Rapport sur les plans et les priorités

Rapport sur les plans et les priorités 2005–2006

Coup d'œil historique sur la santé au Canada

		2004	Le Plan décennal pour consolider les soins de santé signé à la réunion des premiers ministres
		2003	Carolyn Bennett nommée Ministre d'État à la Santé publique. « Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada » Publication du rapport.
		2002	Publication du Rapport Romanow.
	Années 2000		
		1996	L'espérance de vie au Canada atteint 81,4 années pour les femmes et 75,7 années pour les hommes.
	Années 1990		
		1987	Création du Centre fédéral sur le SIDA.
		1986	Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMC).
	Années 1980		
		1981	Les symptômes maintenant reconnus comme diagnostic du SIDA sont signalés pour la première fois à Los Angeles et à New York.
	Années 1970		
		1974	Rapport Lalonde : Nouvelle perspective de la santé des Canadiens.
		1972	Mise sur pied du Régime d'assurance santé national pour les soins hospitaliers et médicaux au Canada, l'espérance de vie au Canada est de 76 ans pour les femmes et de 69 ans pour les hommes.
	Années 1960	1967	Christiaan Barnard, un chirurgien de l'Afrique du Sud, pratique la première transplantation d'un cœur entier d'une personne à une autre.
		1960	Mise au point du contraceptif oral par le biologiste américain, Gregory Pincus.
	Années 1950	1955	Le vaccin contre la polio développé par Jonas E. Salk est rendu disponible par injection.
		1947	Mise sur pied du premier régime public d'assurance-santé au Canada en Saskatchewan.
	Années 1940	1944	Un médecin d'Halifax, Oswald Theodore, est le premier à démontrer que l'ADN est l'agent responsable du transfert d'informations génétiques.
	Années 1930	1933	Le Dr. Armand Frappier de Montréal est responsable de produire le vaccin contre le BCG.
		1929	Le chercheur britannique, Sir Alexander Fleming, découvre la pénicilline.
		1925	La clinique de tuberculose de Montréal prépare le vaccin contre le BCG pour un projet pilote.
	Années 1920	1922	Premières prévisions sur l'espérance de vie au Canada : 61 ans pour les femmes et 59 ans pour les hommes.
		1921	Les chercheurs canadiens Banting et Best traitent le diabète en utilisant leur nouvelle découverte, l'insuline.
	Années 1910	1918	La grippe espagnole tue plus de 20 millions de personnes à l'échelle mondiale.
	Années 1900	1908	Fondation de l'association nationale des infirmières.
		1897	Fondation de l'organisation Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada.
	Années 1890	1896	Création de la Société canadienne de la Croix-Rouge.
		1892	Publication de l'ouvrage du médecin canadien, Sir William Osler, intitulé « Les principes et les pratiques de la médecine ».
	Années 1880		
	Années 1870	1874	Fondation de la première école de formation pour infirmières par le Dr. Theophilus Monk, à St. Catherines, en Ontario.
		1867	Emily Jennings Stowe devient la première femme médecin au Canada.

Création de l'Agence de santé publique du Canada	2004	
Loi concernant la procréation assistée et la recherche connexe	2004	
Loi sur les produits antiparasitaires	2002	
Loi sur les Instituts de recherche en santé du Canada	2000	
Loi canadienne sur la protection de l'environnement	1999	
Loi sur le tabac et *Loi sur l'Agence canadienne d'inspection des aliments*	1997	
Loi sur les drogues et substances contrôlées, *Loi sur le ministère de la Santé*	1996	
Création de Santé Canada	**1993**	
Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies	1988	
Loi sur la gestion des finances publiques, *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*	1985	
Loi canadienne sur la santé	1984	
Loi sur le financement des programmes établis	1974	
Loi sur les dispositifs émettant des radiations	1970	
Loi sur les produits dangereux	1969	
Loi sur les soins médicaux	1966	
Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques	1957	
Loi sur les aliments et drogues	1953	
Création du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social	1944	
Création du ministère de la Santé	1919	
Loi sur la répression de l'usage du tabac chez les adolescents	1908	
Loi sur la propriété des médicaments brevetés	1902	
Loi sur la quarantaine, *Loi des falsifications* (a précédé la *Loi sur les aliments et drogues*)	1874	

Ministres fédéraux de la Santé

Le ministère de la Santé a été créé en 1919. Le premier ministre canadien de la Santé nationale a été Newton Roswell. Préalablement, les questions de santé publique étaient surtout traitées par le ministère de l'Agriculture. En 1944, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a été créé et est devenu Santé Canada en 1993.

Ministre de la Santé	Période	Premier ministre
Ujjal Dosanjh	20 juillet 2004 jusqu'à présent	Paul Martin Jr.
Pierre Pettigrew	12 décembre 2003 – 19 juillet 2004	Paul Martin Jr.
Anne McLellan	15 janvier 2002 – 11 décembre 2003	Jean Chrétien
Allan Rock	11 juin 1997 – 14 janvier 2002	Jean Chrétien
David Dingwall	25 janvier 1996 – 10 juin 1997	Jean Chrétien
Diane Marleau	4 novembre 1993 – 24 janvier 1996	Jean Chrétien
Mary Collins	25 juin 1993 – 3 novembre 1993	Kim Campbell
Benoît Bouchard	21 avril 1991 – 24 juin 1993	Brian Mulroney
Perrin Beatty	30 janvier 1989 – 20 avril 1991	Brian Mulroney
Jake Epp	17 septembre 1984 – 29 janvier 1989	Brian Mulroney
Monique Bégin	3 mars 1980 – 16 septembre 1984	Pierre Trudeau/John Turner
David Crombie	4 juin 1979 – 2 mars 1980	Joe Clark
Monique Bégin	18 septembre 1977 – 3 juin 1979	Pierre Trudeau
Marc Lalonde	27 novembre 1972 – 17 septembre 1977	Pierre Trudeau
John C. Munro	6 juillet 1968 – 26 novembre 1972	Pierre Trudeau
Allan MacEachen	18 décembre 1965 – 5 juillet 1968	Lester Pearson/Pierre Trudeau
Judy LaMarsh	22 avril 1963 – 17 décembre 1965	Lester Pearson
Jay Waldo Monteith	22 août 1957 – 21 avril 1963	John Diefenbaker
Alfred Johnson Brooks*	21 juin 1957 – 21 août 1957	John Diefenbaker
Paul Martin Sr.	12 décembre 1946 – 20 juin 1957	William Lyon Mackenzie King/ Louis St-Laurent
Brooke Claxton	18 octobre 1944 – 11 décembre 1946	William Lyon Mackenzie King

* Ministre intérimaire de la Santé

Table des matières

Le Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada 2005–2006 suit la révision des lignes directrices sur les comptes rendus du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. Le format des comptes rendus diffère donc de celui du Rapport sur les plans et les priorités 2004–2005. Pour plus d'information, consulter le site http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/20052006/p3_f.asp

Section 1 : Aperçu 1

Message du ministre 2

Aperçu 3

Renseignements sommaires 3

À propos de Santé Canada 3

Notre vision 3

Énoncé de mission 4

Objectifs 4

Rôles 4

Présence de Santé Canada en régions 5

En concertation 7

Plans et priorités du ministère — Contexte de planification de Santé Canada 7

Priorités ministérielles à moyen terme 7

Maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État 8

Améliorer la qualité de vie des Canadiens 8

Réduire les risques pour la santé des Canadiens 9

Améliorer la responsabilisation envers les Canadiens 10

Notes en fin de chapitre et liens internet 11

Section 2 : Analyse des activités de programme par résultat stratégique 13

Résultat stratégique n° 1 : Amélioration des connaissances afin de répondre aux priorités en matière de santé et de soins de santé 14

Description de l'activité 14

Mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé 15

Maintenir la confiance envers le système de soins de santé financé par les fonds publics 17

Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications 18

Étendre et améliorer les indicateurs du rendement du système de santé 19

Politique des sciences de la santé 19

Nouvelle législation sur la protection de la santé 19

Procréation assistée 19

Améliorer l'accès aux services de santé par les collectivités de langue officielle en situation minoritaire 20

Collaboration internationale 20

Notes en fin de chapitre et liens internet 21

Résultat stratégique n° 2 : Accès à des produits de santé et à des aliments efficaces et sûrs et à des renseignements en vue de choix de santé sains 22

Description de l'activité 22

Transformer notre efficience, notre efficacité et notre réactivité en tant qu'organisme de réglementation 23

Augmenter la réactivité face aux questions de santé publique et vigilance accrue relativement à la sécurité et à l'efficacité thérapeutique 24

Améliorer la transparence, l'ouverture et la responsabilisation afin de renforcer la confiance du public et les relations avec les intervenants 26

Fournir des renseignements faisant autorité en vue de choix sains et de prises de décision éclairées ... 27
Notes en fin de chapitre et liens internet ... 27
Résultat stratégique n° 3 : Réduction des risques pour la santé et l'environnement de produits et de substances réglementés et milieux de vie et de travail plus sains ... 28
Description de l'activité — Santé environnementale et sécurité des consommateurs ... 28
Dommages associés aux dangers en milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnolog e ... 29
Consommation de tabac et abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées ... 31
Notes en fin de chapitre et liens internet ... 32
Description de l'activité — Règlement sur les produits antiparasitaires ... 32
Mise en œuvre de la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* ... 33
Amélioration du rendement ... 33
Informer, consulter et faire participer les Canadiens ... 34
Notes en fin de chapitre et liens internet ... 34
Résultat stratégique n° 4 : De meilleurs résultats en matière de santé et réduction des inégalités de santé des Premières nations et Inuits et des autres Canadiens ... 35
Description de l'activité ... 35
Mise en œuvre des engagements des premiers ministres en matière de santé autochtone ... 36
Réponse aux priorités de santé de la petite enfance ... 37
Interventions quant aux menaces majeures à la santé des Autochtones ... 37
Appui à des services de santé efficaces dans les communautés des Premières nations et des Inuits ... 38
Notes en fin de chapitre et liens internet ... 39

Section 3 : Information additionnelle ... 41
Déclaration de la direction ... 42
Portefeuille de santé ... 43
Tableau 1 : Dépenses prévues du ministère et ETP ... 44
Tableau 2 : Activité de programmes pour 2005–2006 ... 47
Tableau 3 : Crédits et postes législatifs énumérés dans le Budget principal des dépenses ... 48
Tableau 4 : Coût net du ministère pour 2005–2006 ... 49
Tableau 5 : Sources des revenus disponibles et des revenus non disponibles ... 50
Tableau 6 : Besoins de ressources par direction générale et par activité de programme ... 51
Tableau 7 : Principales initiatives réglementaires ... 52
Tableau 8 : Renseignements sur les programmes de paiements de transferts ... 57
Tableau 9 : Fondations (subventions conditionnelles) ... 60
Tableau 10 : Initiatives horizontales ... 61

Section 4 : Autres sujets d'intérêt ... 63
Faire progresser la science ... 64
Budget 2005 — Points saillants pour Santé Canada ... 65
Soins de santé et protection de la santé ... 65
Santé et environnement ... 65
Santé des Autochtones ... 65
Examen des dépenses ... 66
Personnes-ressources au Ministère ... 67

1

Aperçu

Message du ministre

Aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé demeure un objectif prioritaire du gouvernement du Canada. Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de toute la population canadienne et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde. Poursuivant les progrès réalisés en 2004, le *Rapport sur les plans et les priorités de 2005–2006* du Ministère fournit un aperçu des mesures prévues pour les possibilités et les défis auxquels nous faisons face.

Le renforcement et le renouvellement du système canadien financé par l'État sont au premier plan du programme de Santé Canada. Lors de la rencontre des premiers ministres (RPM) en septembre 2004, le premier ministre et les premiers ministres des provinces ont signé un plan décennal qui renforcera les soins de santé qui assurera de meilleurs soins pour tous les Canadiens. Le plan d'action prévoit de nouveaux investissements fédéraux de 41 milliards de dollars au cours des 10 prochaines années et répond directement à la première préoccupation des Canadiens — réduire les temps d'attente et améliorer l'accès aux soins. Des progrès importants ont été également réalisés concernant la santé des Autochtones. Les premiers ministres et les dirigeants des Autochtones ont convenu de préparer un plan concerté de mesures concrètes permettant d'améliorer la santé des Autochtones et leur acces aux soins. Le gouvernement fédéral a aussi annoncé une somme de 700 millions de dollars pour accroître les programmes de prévention et de promotion, développer les ressources humaines en santé autochtone, et établir un fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones afin de permettre aux gouvernements et aux communautés de rechercher de nouveaux moyens d'intégrer et d'adapter les services de santé existants, en vue de mieux satisfaire aux besoins des peuples autochtones.

Dans l'ensemble, le plan illustre l'engagement continu de Santé Canada à jouer un rôle de chef de file et à travailler avec les provinces, les territoires et les intervenants en vue d'assurer le meilleur système de soins de santé possible pour les Canadiens. Le plan exprime l'engagement partagé entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à l'obligation de rendre des comptes au public et à l'engagement de fournir des indicateurs de rendement, dans le but de s'assurer que les objectifs sont atteints.

Comme l'indique le présent rapport, Santé Canada continuera de chercher des moyens de réduire les risques et de protéger la santé des Canadiens. Nous avons effectué de grands pas sur des questions importantes — l'obligation de présenter des rapports sur les effets indésirables, la divulgation des essais cliniques, les questions de santé mentale, la santé environnementale, la réduction de l'usage des produits du tabac et le travail continu sur la *Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques*, stratégie proactive qui exige le dévouement de tous les intervenants. Le Ministère ne cesse d'examiner des façons d'être plus innovateur et axé sur les résultats. Santé Canada travaillera avec les autres partenaires ayant un portefeuille de la santé, y compris la nouvelle Agence de santé publique du Canada dont le travail est la promotion de la santé, la prévention des maladies ainsi que les mesures et interventions d'urgence.

Santé Canada est toujours engagé à livrer des résultats tangibles aux Canadiens. Ce *Rapport sur les plans et les priorités* expose les stratégies de Santé Canada permettant d'aider le maintien et l'amélioration de l'état de santé des citoyens. Il marque un programme équilibré, vaste et ambitieux — un programme qui exprime les priorités des Canadiens.

Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Aperçu

Renseignements sommaires

Dépenses ministérielles

Ressources financières (en millions de dollars) :		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
2 879,0	2 632,5	2 641,7
Ressources humaines (équivalents temps plein) :		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
8 123	8 082	8 037

Priorités du ministère (en millions de dollars)

		Dépenses prévues		
	Type	2005–2006	2006–2007	2007–2008
Maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État	En cours	437,9	171,4	163,5
Améliorer la qualité de vie des Canadiens	En cours	1 849,3	1 881,8	1 909,0
Réduire les risques pour la santé des Canadiens	En cours	356,2	343,5	336,7
Améliorer la responsabilisation envers les Canadiens	En cours	235,6	235,8	232,5

À propos de Santé Canada

La santé préoccupe profondément les Canadiens — les particuliers, les familles et les collectivités — tout comme le système canadien de santé, qui est devenu un élément définisseur du pays. Pour Santé Canada, l'importance de la santé découle de ses connaissances et expériences des importants avantages d'une bonne santé pour le bien-être individuel et celui de la société et de l'économie du Canada. L'importance de réduire les inégalités en matière de santé reflète le sens partagé de l'engagement de tous les Canadiens envers la santé.

Le Parlement et le gouvernement du Canada reconnaissent la priorité élevée que les Canadiens accordent à la santé, et ils ont tous deux mandaté Santé Canada de réaliser le plan d'action canadien en matière de santé. La *Loi sur le ministère de la Santé* établit formellement le mandat du ministère, même si le ministre de la Santé est également responsable d'appliquer directement 18 autres lois dont la *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Outre ces responsabilités imposées par la loi, le ministère joue un rôle important en science et en recherche, en élaboration de politiques et en prestation de programmes et de services dont profitent les Canadiens.

Notre vision

Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Aperçu

Renseignements sommaires

Dépenses ministérielles		
Ressources financières (en millions de dollars) :		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
2 879,0	2 632,5	2 641,7
Ressources humaines (équivalents temps plein) :		
2005–2006	2006–2007	2007–2008
8 123	8 082	8 037

Priorités du ministère (en millions de dollars)

		Dépenses prévues		
	Type	2005–2006	2006–2007	2007–2008
Maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État	En cours	437,9	171,4	163,5
Améliorer la qualité de vie des Canadiens	En cours	1 849,3	1 881,8	1 909,0
Réduire les risques pour la santé des Canadiens	En cours	356,2	343,5	336,7
Améliorer la responsabilisation envers les Canadiens	En cours	235,6	235,8	232,5

À propos de Santé Canada

La santé préoccupe profondément les Canadiens — les particuliers, les familles et les collectivités — tout comme le système canadien de santé, qui est devenu un élément définisseur du pays. Pour Santé Canada, l'importance de la santé découle de ses connaissances et expériences des importants avantages d'une bonne santé pour le bien-être individuel et celui de la société et de l'économie du Canada. L'importance de réduire les inégalités en matière de santé reflète le sens partagé de l'engagement de tous les Canadiens envers la santé.

Le Parlement et le gouvernement du Canada reconnaissent la priorité élevée que les Canadiens accordent à la santé, et ils ont tous deux mandaté Santé Canada de réaliser le plan d'action canadien en matière de santé. La *Loi sur le ministère de la Santé* établit formellement le mandat du ministère, même si le ministre de la Santé est également responsable d'appliquer directement 18 autres lois dont la *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Outre ces responsabilités imposées par la loi, le ministère joue un rôle important en science et en recherche, en élaboration de politiques et en prestation de programmes et de services dont profitent les Canadiens.

Notre vision

Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Énoncé de mission

Aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Objectifs

En travaillant avec d'autres à promouvoir la confiance des Canadiens, Santé Canada vise à :

- prévenir et à réduire les risques pour la santé individuelle et l'environnement dans leur ensemble;
- promouvoir des modes de vie plus sains;
- garantir des services de santé efficaces et accessibles de haute qualité;
- intégrer le renouvellement du système de soins de santé à des plans de prévention, de promotion et de protection de la santé à plus long terme;
- réduire les inégalités dans le domaine de la santé au sein de la société canadienne;
- fournir de l'information sur la santé afin d'aider les Canadiens à prendre des décisions éclairées.

Rôles

Santé Canada joue cinq rôles fondamentaux qui lui permettent de réaliser sa vision. Pour jouer ces rôles, le ministère tire parti de ses forces comme organisme à vocation scientifique. Il acquiert des connaissances au moyen des recherches, des analyses et des évaluations qu'il effectue, qu'il appuie et auxquelles il participe. Il tire également parti des connaissances acquises partout dans le monde, lui permettant ainsi de faire des choix éclairés, efficaces dans chacun de ses rôles.

Chef de file et partenaire grâce à l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, qui traduit les valeurs et principes clés du régime public d'assurance-maladie.

Bailleur de fonds grâce au soutien stratégique du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) du gouvernement fédéral, qui a été remplacé le 1er avril 2004 par le nouveau Transfert canadien en matière de santé (TCS). Santé Canada transfère également des fonds aux organismes des Premières nations et des Inuits et aux communautés afin de les aider à fournir des services de santé communautaires et accorde des subventions et des contributions à divers organismes qui renforcent les objectifs de santé du ministère.

Gardien et organisme responsable de la réglementation de par son rôle d'intendance comprenant la protection des Canadiens et la facilitation de la prestation de produits essentiels pour la santé et le bien-être des citoyens. Le ministère réglemente et approuve l'utilisation de milliers de produits, y compris les pesticides, les substances toxiques, les produits pharmaceutiques, les produits biologiques, les instruments médicaux, les produits de santé naturels, les biens de consommation et les aliments. Il livre une gamme de programmes et de services de santé et de protection de l'environnement et assume certaines responsabilités dans les domaines de l'abus d'alcool ou d'autres drogues, de la politique relative à l'usage du tabac, de la santé en milieu de travail et de l'utilisation sans danger des produits de consommation. Santé Canada fait également le suivi et le retraçage de maladies et intervient au besoin.

Fournisseur de services grâce à une assurance-santé complémentaire bénéficiant à près de 749 725 membres des Premières nations et des Inuits admissibles pour défrayer les coûts des produits pharmaceutiques, des services dentaires, de la vue et de transport à des fins médicales, de l'équipement médical et des fournitures médicales, et du counselling en santé d'intervention en cas de crise. Nous appuyons la prestation des services de la promotion de la santé et de la santé publique dans les réserves et dans les communautés inuites. Nous fournissons également des services de soins primaires dans les réserves à distance et les milieux isolés où il n'y a pas de services provinciaux rapidement et facilement utilisables.

Fournisseur de renseignements grâce à la recherche scientifique de haute qualité afin d'appuyer l'élaboration de politiques, de réglementer des produits de plus en plus complexes et de fournir des services, des renseignements et la gestion essentiels à des soins de santé de renommée mondiale pour les

Canadiens. Grâce à la recherche et à la surveillance, le ministère fournit des renseignements que les Canadiens peuvent utiliser pour maintenir et améliorer l'état de leur santé.

Présence de Santé Canada en régions

La carte géographique qui suit indique que plus ou moins 35 % du personnel de Santé Canada travaille à l'extérieur de la région de la capitale nationale. Ce personnel assure des services de soins de santé aux communautés des Premières nations et des Inuits, maintient des liens avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, effectue des essais en laboratoire, travaille avec des organisations locales de soins de santé, agit comme fournisseur de services et d'information de première ligne aux Canadiens et offre de nombreux autres services. Cette solide présence régionale permet à Santé Canada de maximiser la couverture et l'efficacité des programmes et des ressources ministériels, en assortissant les orientations nationales aux conditions et possibilités locales.

Présence de Santé Canada au pays

Présence de Santé Canada au pays

Note : La carte géographique indique seulement les endroits où Santé Canada assure une présence importante.

* Indique les lieux où se trouvent les directeurs généraux régionaux.

En concertration

Santé Canada travaille avec les Canadiens en consultant le public et en l'incitant à participer, ce qui comprend également ses partenaires : les provinces et les territoires, les organisations et les communautés des Premières nations, des Inuits et des autres Autochtones, les associations professionnelles, les groupes de consommateurs, les universités et les instituts de recherche, les organisations internationales, les bénévoles et autres ministères et organismes fédéraux.

Plans et priorités du ministère — Contexte de planification de Santé Canada

Les plans et priorités de Santé Canada sont axés sur la recherche et l'analyse les plus récentes sur les enjeux de santé confrontant les Canadiens. Ils résument les engagements du ministère à cibler les mesures les plus efficaces pour atteindre les résultats de santé pour les Canadiens, compte tenu du mandat et de l'autorité du ministère. Ce travail comprend :

- l'analyse des tendances sociales et économiques générales à l'échelle mondiale et nationale qui influent sur la santé des Canadiens;
- l'évaluation des principaux défis de santé qui confrontent les Canadiens et le système de santé au Canada;
- une indication sur la façon que le ministère peut contribuer à établir les orientations et à prendre les engagements politiques plus vastes du gouvernement du Canada, y compris ceux précisés dans les discours du Trône.

La majorité des ressources de Santé Canada sont affectées à des responsabilités continues, notamment celles établies en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé* et d'autres lois comprenant la *Loi canadienne sur la santé*, la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et la *Loi sur certaines drogues et autres substances*. Le processus de planification du ministère reconnaît le besoin de gérer les risques et s'appuie sur une expertise et une utilisation efficace des preuves scientifiques.

Les activités de Santé Canada constituent une partie importante du travail effectué au portefeuille de la santé à l'échelle du gouvernement du Canada. Dans ce portefeuille, le ministère travaille avec d'autres ministères, chacun ayant son propre Rapport sur les plans et les priorités, notamment :

- les Instituts de recherche en santé du Canada;
- le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses;
- le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés;
- la nouvelle Agence de santé publique du Canada.

En 2004, le gouvernement du Canada a créé l'Agence de santé publique du Canada qui relève les défis de santé publique du Canada.

Priorités ministérielles à moyen terme

En 2004–2005 et au delà, Santé Canada a établi quatre priorités organisationnelles à moyen terme qui reflètent la vision, la mission, le mandat et le domaine de compétence du ministère, ainsi que les orientations et engagements du gouvernement du Canada, et les Accords des premiers ministres. Ces priorités continueront de traduire les principaux enjeux, défis de santé et le plan d'action gouvernemental fédéral, y compris le Plan décennal pour consolider les soins de santé de septembre 2004 des premiers ministres en vue de consolider les soins de santé en objectifs ministériels pour l'année 2005–2006 et au delà. Ces priorités, décrites en détail ci-dessous, sont les suivantes :

- maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État;
- améliorer la qualité de vie des Canadiens;
- réduire les risques pour la santé des Canadiens;
- améliorer la responsabilisation envers les Canadiens.

Ces priorités ont orienté la décision ministérielle de cibler quatre domaines de politiques stratégiques et de programmes, qui sont d'appuyer le renouvellement des soins de santé; en vue d'un système public de santé adapté au 21e siècle; un programme de santé pour les Autochtones; et la santé et l'environnement.

Maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État

Le système de soins de santé du Canada compte pour une large partie des budgets du secteur public et son efficacité et son accessibilité sont importants pour les Canadiens. Depuis 2000, le gouvernement du Canada et les gouvernements des provinces et des territoires ont convenu d'une série de mesures conçues en vue de maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État. Ces accords prévoient le soutien de réformes structurelles des soins de santé primaires, des soins à domicile et la couverture de médicaments onéreux; une meilleure planification des ressources humaines en santé; et des efforts de collaboration en vue de mieux gérer les coûts des médicaments. Ces accords prévoient également des fonds à long terme provenant d'augmentations au Transfert canadien en matière de santé et d'investissements en matériels médicaux, en appareils de diagnostic et en technologie de l'information et de communication. On prévoit une responsabilisation accrue en matière de rendement du système de soins de santé, grâce au soutien d'un Conseil de la santé du Canada indépendant; ainsi que des rapports soumis régulièrement aux Canadiens par les différentes autorités responsables.

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé s'appuie sur ce fondement et cible l'atteinte de résultats concrets pour les patients, en réduisant les temps d'attente dans certains domaines prioritaires et en améliorant les services de soins de santé primaires et à domicile. Le Plan assurera un approvisionnement adéquat et une combinaison appropriée de professionnels de soins de santé, y compris l'accélération et l'expansion de l'évaluation et de l'intégration de diplômés en soins de santé ayant acquis une formation à l'étranger. Il reconnaît les défis uniques liés à la prestation des soins de santé dans le Nord et favorise une prestation novatrice de services de soins de santé dans les communautés rurales et isolées.

Bien que les provinces et les territoires aient la responsabilité principale de s'acquitter de leurs engagements établis dans le Plan décennal, les Canadiens s'attendent à ce que leurs gouvernements travaillent en partenariat afin de préserver et de renforcer leur système de soins de santé, et qu'ils travaillent en collaboration à des initiatives visant à moderniser les programmes de santé et à améliorer la prestation des services de soins de santé. Santé Canada donnera suite à cette attente, il fera preuve de leadership et il travaillera en collaboration avec les provinces et les territoires afin d'assurer la mise en œuvre des engagements des premiers ministres.

Le ministère de la Santé agira comme fournisseur d'information et de connaissances en poursuivant des activités de recherche, de surveillance et de promotion de la santé. Il s'appuiera sur le travail de collaboration en cours avec les provinces et les territoires dans des domaines précis, tels que la planification des ressources humaines en santé à l'échelle du pays, l'amélioration de l'accès aux services de santé par les collectivités de langue officielle en situation minoritaire et il élargira et améliorera les indicateurs du rendement du système de santé. Également, il continuera à agir comme bailleur de fonds des services de santé par l'entremise des transferts aux provinces et aux territoires et comme fournisseur de bénéfices de soins de santé non assurés aux Premières nations et aux Inuits. Comme ministère responsable de la *Loi canadienne sur la santé*, le ministère demeure le gardien du système universel de soins de santé financé par l'État.

Améliorer la qualité de vie des Canadiens

La santé est un facteur clé en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de vie des Canadiens. Bien que les Canadiens soient parmi les personnes les plus en santé au monde, selon la majorité des indicateurs, les taux d'obésité croissants, la prévalence accrue du diabète et d'autres enjeux indiquent qu'il existe des domaines où l'on doit intervenir. Également, par rapport à la population canadienne, les Autochtones

font face à un risque plus élevé de mauvaise santé et démontrent une plus grande prévalence de blessures, de suicides et d'états chroniques.

Tous les ordres de gouvernement ont des rôles à jouer pour protéger et promouvoir la santé des Canadiens. Santé Canada joue un rôle de chef de file important en collaborant avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et la collectivité des soins de santé.

Le ministère reconnaît l'importance d'investissements équilibrés dans la prévention des maladies, la promotion, la protection et les soins en matière de santé. Le ministère examine de façon continue les déterminants de la santé afin d'élaborer des interventions pouvant améliorer les résultats de santé de certaines personnes, de groupes particuliers et de la population dans son ensemble. Le ministère élabore des politiques et des programmes et travaille par l'entremise de partenariats à la promotion de choix santé et d'environnements sains pour les particuliers et les communautés. En outre, l'expertise scientifique et évaluative de Santé Canada représente des contributions majeures à l'amélioration de l'incidence des programmes et services qui peuvent avoir des avantages réels et durables pour les Canadiens.

Un grand nombre de ces activités représentent une tâche continue avec des priorités spécifiques que nous soulignons dans la section II du présent rapport, comme par exemple, l'engagement en vue d'améliorer la réglementation des produits dans le cadre de l'engagement plus vaste du gouvernement du Canada en faveur de la « réglementation intelligente ».

En plus de ces engagements continus, Santé Canada répond aux pressions qui confrontent le système de santé des Premières nations et des Inuits et appuie la programmation de la santé durable dans leurs communautés. Le but du ministère est de fournir des services et des programmes de santé efficients, efficaces et durables qui contribuent à de meilleurs résultats pour la santé des Premières nations et des Inuits. Un certain nombre d'importants investissements et de réformes ont déjà été mis en place grâce à un financement annoncé dans les budgets récents. La rencontre des premiers ministres en septembre 2004 avec les dirigeants autochtones a mené à une entente en vue de bâtir sur ce travail. Dans le cadre de cette entente, le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux travailleront avec les organisations autochtones à l'élaboration d'un plan d'amélioration de l'état de santé des Autochtones et des services de santé au Canada. Les buts de ce plan sont les suivants :

- une prestation et un accès améliorés relativement aux services de santé qui satisfont aux besoins de tous les Autochtones, grâce à une meilleure intégration et adaptation de tous les systèmes de santé;
- des mesures qui veilleront à ce que les Autochtones tirent pleinement profit des améliorations apportées aux systèmes de santé canadiens;
- un programme avant-gardiste de prévention, de promotion de la santé et d'autres investissements en amont pour les Autochtones.

Afin de renforcer cet engagement, Santé Canada travaillera à la mise en œuvre de l'engagement du gouvernement visant à créer un Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones, qui devrait mener à de meilleurs services de santé permettant de mieux satisfaire aux besoins de tous les Autochtones, y compris des Premières nations, des Inuits et des Métis. Le ministère dirigera la nouvelle Initiative pour les ressources humaines en santé autochtone et les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies axés sur les principales préoccupations de santé autochtone.

Réduire les risques pour la santé des Canadiens

Réduire les risques pour la santé prend différentes formes pour Santé Canada. Une solide capacité permettant d'effectuer la recherche nécessaire pour y arriver est à la base de toutes ces activités. La responsabilité législative continue du ministère visant à réglementer divers produits en est un exemple. Dans le cadre de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, le ministère continuera de multiplier ses efforts en vue de réaliser des examens en temps

opportun des produits pharmaceutiques, en mettant l'accent sur la sécurité et l'efficacité. Tel que noté précédemment dans cette section, le ministère travaillera étroitement avec la nouvelle Agence de santé publique du Canada afin de renforcer le système de santé publique du pays.

Les liens entre la santé et l'environnement représentent un objectif de plus en plus important du ministère dans le cadre de la présente priorité ministérielle. La preuve scientifique démontre que les dangers découlant de la dégradation environnementale, du changement climatique et de l'introduction de nouvelles substances et technologies peuvent influencer la santé des Canadiens. Santé Canada prend déjà des mesures sous de nombreux thèmes liés à la santé et à l'environnement, telles que la préparation en vue de la mise en œuvre de la *Loi sur les produits antiparasitaires*, qui souligne plus clairement la minimisation des répercussions sur l'environnement et la santé, ainsi que la recherche portant sur des questions de santé liées à la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*. Le ministère effectue et appuie la recherche sur les effets des polluants sur la santé et les évaluations sur les enjeux environnementaux liés à la santé dans des régions précises, telles que les régions transfrontalières entre le Canada et les États-Unis.

Le ministère prévoit que ce travail prendra de l'expansion en réponse à une plus grande sensibilisation aux liens entre l'environnement et la santé. La collaboration avec des partenaires actuels ou possibles des autres ministères fédéraux, des autres gouvernements et des milieux scientifiques et de la santé devrait également prendre de l'expansion au fur et à mesure qu'un programme sur la santé et l'environnement prendra forme.

Améliorer la responsabilisation envers les Canadiens

Les trois priorités précédentes découlent d'un engagement ministériel d'être responsable concernant la prestation des résultats que les Canadiens attendent et méritent. Cette priorité comprend les activités ministérielles visant à intégrer les principes du développement durable et de la fonction de contrôleur moderne, à instaurer des systèmes et des processus améliorés pour les services d'exploitation du ministère et à traiter des priorités des ressources humaines.

Le même engagement qui a amené les premiers ministres à convenir de points de repère clairs pour l'amélioration du système de santé est reflété dans les efforts en vue d'améliorer la gestion du rendement au sein de Santé Canada qui portent en grande mesure sur les résultats en matière de santé. Par exemple, le présent rapport est organisé en fonction de la nouvelle architecture des activités de programmes qui harmonise les résultats stratégiques visés, les priorités et les indicateurs de rendement de niveau élevé du ministère avec ses activités et responsabilités quotidiennes.

À l'appui de la réalisation de tous les résultats stratégiques, des activités simultanées — de petite ou de grande envergure — sur plusieurs fronts renforceront l'intendance et la responsabilisation permettant ainsi d'améliorer la capacité du ministère à satisfaire à ses objectifs.

En vertu de sa stratégie de développement durable 2004–2007 intitulée *Incarner le changement désiré*, Santé Canada et ses employés s'engagent à tenir compte des principes de développement durable lors de l'élaboration et la mise en œuvre des programmes et services de santé à l'intention des Canadiens. En intégrant ces principes à ses efforts, Santé Canada s'assurera ainsi de la durabilité de ses politiques et programmes sur le plan écologique. Au cours de la prochaine année, le ministère s'engage à :

- Consolider les partenariats dans les domaines de la santé, l'environnement et le développement durable afin de favoriser ainsi des environnements plus sains et des aliments plus sécuritaires pour les Canadiens;
- Intégrer le développement durable au processus décisionnel et aux efforts de gestion du ministère pour ainsi favoriser la mise en œuvre efficace des programmes de Santé Canada;
- Contribuer à assainir les environnements et à rendre les produits plus sécuritaires pour les Canadiens en améliorant les activités du

ministère, ainsi que sa gestion durable des terrains et des installations;

- Assurer la prestation conjointe de services de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de soins de santé pour les Premières nations et les Inuits.

Santé Canada poursuivra ses activités de mise en œuvre du Cadre de responsabilisation de gestion (CRG)[2] à tous les niveaux en renforçant ses capacités au moyen de programmes d'apprentissage dans les domaines, par exemple, comme la gestion du risque, la gestion financière, les achats et la passation de contrats. Des interventions complètes sur une gamme d'initiatives de ressources humaines et de santé en milieu de travail permettront au ministère de continuer à jouer son rôle de chef de file dans le domaine de la modernisation de la gestion des ressources humaines.

Santé Canada améliorera également ses pratiques de gestion financière et d'utilisation efficace des ressources humaines au moyen de la mise en œuvre du Cadre de gestion et de contrôle financiers qui comprend l'élaboration d'outils de gestion et une capacité accrue de présentation de rapports pour les gestionnaires.

Notes en fin de chapitre et liens internet

1 On peut trouver d'autres renseignements sur les lois et les règlements à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/a_propos/regulations.html

2 Pour de plus amples renseignements au sujet du CRG, prière de consulter le site Web de Santé Canada à : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/depenses/controleur_moderne.htm ou le site Web du CT à : http://www.tbs-sct.gc.ca/cmo_mfc/index_f.asp

Analyse des activités de programme par résultat stratégique

2

Résultat stratégique n° 1 : Amélioration des connaissances afin de répondre aux priorités en matière de santé et de soins de santé

Activité de programme — *Politique, planification et information en matière de santé*

DÉPENSES PRÉVUES ET ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN (ETP)

(millions de dollars)	Prévisions des dépenses 2004–2005	Dépenses prévues 2005–2006	Dépenses prévues 2006–2007	Dépenses prévues 2007–2008
Dépenses nettes* **	422,0	456,3	189,4	181,3
ETP	637	682	666	639

* L'augmentation des dépenses nettes de 2004–2005 à 2005–2006 est principalement due à une augmentation dans les niveaux de financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, de la mise sur pied de l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée et de l'Initiative pour l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire. La diminution des dépenses nettes de 2005–2006 à 2006–2007 est principalement due à la réduction dans les niveaux de financement du Fonds pour l'adaption des soins de santé primaires et à la temporisation des fonds reliés au supplément pour la santé du Nord en vertu de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Le Budget 2005 indique un nouveau financement pour certaines activités temporarisées. Veuillez consulter la Section 4 pour de plus amples détails sur ce budget. La diminution des dépenses nettes de 2006–2007 à 2007–2008 est principalement due à la mesure de temporisation de l'initiative sur le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires et à une diminution dans le niveau de financement de l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée.

** Les chiffres comprennent un montant pour d'autres coûts d'infrastructure ministérielle et régionale appuyant la réalisation des programmes. Ces coûts sont 20,2 millions de dollars en 2004–2005, de 18,4 millions de dollars en 2005–2006, de 18,1 millions de dollars en 2006–2007 et de 17,8 millions de dollars en 2007–2008.

Description de l'activité

La Direction générale de la politique de la santé (DGPS) fournit des conseils et du soutien au ministre, aux cadres supérieurs du ministère et aux directions générales des programmes dans le domaine de l'élaboration de politiques, des affaires intergouvernementales et internationales, de la planification stratégique, de la prestation et de l'examen de programme et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

La Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAC) contribue aux résultats de santé améliorés pour les Canadiens en encourageant une utilisation plus grande et plus efficace de l'information et des technologies des communications; en améliorant l'accès à une information fiable en matière de santé; en effectuant de la recherche en politique et en analyse en vue d'appuyer une prise de décision fondée sur des données probantes; en travaillant avec les collectivités de langues officielles en situation minoritaire et autres en vue d'améliorer l'accès aux services de santé dans la langue officielle de leur choix; et en tenant compte des attentes des Canadiens en matière de vie privée relativement à l'information sur la santé.

Sous cette activité de programme, la plupart du travail représente une gamme d'activités courantes telles que l'analyse et l'élaboration de la politique de la santé; le suivi et l'analyse des enjeux de santé provinciaux et territoriaux, y compris la conformité aux principes, modalités et dispositions sur la surfacturation et les frais d'usagers de la *Loi canadienne sur la santé*. Santé Canada gère les relations avec les autres gouvernements et les organisations de santé au Canada et à l'étranger sur les enjeux de santé et traite de sujets prioritaires spécifiques, y compris la santé des femmes, les soins infirmiers et les enjeux de santé connexes qui affectent les communautés de langue officielle. Les efforts du ministère en matière de cueillette de données et de renseignements portant sur plusieurs questions qui ont trait à tous les résultats stratégiques sont

inclus ici, comme le travail du ministère qui vise à promouvoir l'usage le plus efficace des technologies avancées de l'information, des communications et de santé à l'échelle du système de santé du Canada.

Comme telle, la question de sécurité humaine internationale, les tendances sociétales canadiennes, les pressions sur le système de soins de santé, les progrès scientifiques et les nouvelles technologies de même que l'environnement fédéral-provincial contribuent tous à mettre au défi et à façonner notre contexte opérationnel.

Le gouvernement du Canada a fait du renouvellement du système de soins de santé une priorité centrale qui est reflétée dans la priorité ministérielle de Santé Canada, soit celle de « maintenir la confiance envers un système de soins de santé financé par l'État ». Le ministère continue à appuyer l'utilisation des technologies de l'information et des communications afin d'améliorer la prestation et la gestion des soins de santé; il continuera à contribuer à l'élaboration d'indicateurs que toutes les autorités compétentes peuvent utiliser pour suivre et faire rapport sur le rendement du système de santé; il poursuivra l'expansion de la base de données probantes en vue des politiques et des décisions opérationnelles; et il continuera à s'assurer que les collectivités de langues officielles en situation minoritaire ont accès aux services de santé dans leur propre langue.

Santé Canada agira en vue de répondre à ces priorités de plusieurs façons telles que décrites ci-dessous.

Mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé

Le 16 septembre 2004, le premier ministre et tous les premiers ministres des provinces et des territoires ont signé le Plan décennal pour consolider les soins de santé[1]. L'Accord traite des priorités des Canadiens en vue de soutenir et de renouveler le système de soins de santé et également de prévoir un financement à long terme de 41 milliards de dollars sur dix ans pour réaliser ces réformes.

En Colombie-Britannique, Santé Canada poursuivra le partenariat avec d'autres ordres du gouvernement, des chercheurs médicaux, le monde universitaire et des groupes d'intervenants pour déterminer et entreprendre des recherches et d'autres activités complémentaires (comme les forums sur la politique, et les ateliers) pour soutenir le transfert des connaissances sur les priorités sanitaires. Il s'agira, entre autres, de suivi pour un forum régional productif à Vancouver sur les soins de santé primaires, et pour la toute première conférence sur les arts et la santé, qui se penchait sur la manière dont les arts et la culture peuvent contribuer à la santé des Canadiens.

Le Plan décennal prend appui sur le travail qui a débuté avec l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, la couverture des médicaments onéreux, les soins de santé primaires, l'évaluation de la technologie de la santé et les ressources humaines en santé. Le Plan décennal va au delà des engagements de ces Accords en ajoutant la Stratégie visant la réduction des temps d'attente et la Stratégie nationale des médicaments afin d'encourager l'utilisation optimale des médicaments et l'amélioration de la gestion des coûts.

Le point à l'avant-plan du programme de renouvellement des soins de santé au Canada est le besoin de faire de l'accès à des soins de qualité en temps opportun, une réalité pour tous les Canadiens. Le Fonds pour la réduction des temps d'attente de 4,5 milliards de dollars prendra appui sur les initiatives provinciales et territoriales visant à réduire les temps d'attente pour les services de santé. Dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente, le rôle du ministère portera sur la collaboration avec les partenaires afin d' :

- établir les points repères fondés sur des données probantes concernant les temps d'attente médicalement acceptables en commençant par les domaines prioritaires suivants — le cancer, la cardiopathie, les services relatifs à l'imagerie diagnostique, les

remplacements d'articulations et la restauration de la vue;

- élaborer des indicateurs comparables en matière d'accès aux professionnels des soins de santé et à des services de diagnostic et de traitement;
- appuyer les efforts collectifs en vue de promouvoir et de faciliter la gestion des temps d'attente, comme l'éducation du public, le partage d'information et la promotion des meilleures pratiques.

Santé Canada travaillera avec ses homologues provinciaux et territoriaux afin de faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie nationale des médicaments par les premiers ministres dans le Plan décennal. Prenant appui sur les efforts partagés à ce jour, le ministère participera activement aux efforts intergouvernementaux afin de :

- formuler et évaluer les options de couverture des médicaments onéreux et en établir les coûts;
- créer la Liste nationale commune des médicaments admissibles pour les compétences participatives fondée sur leur innocuité et rentabilité;
- accélérer l'accès à des médicaments de pointe en vue de répondre à des besoins insatisfaits en améliorant le processus d'approbation des médicaments;
- renforcer l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments déjà sur le marché;
- appliquer des stratégies d'achat visant à obtenir les meilleurs prix pour les médicaments et les vaccins destinés aux Canadiens;
- intensifier l'intervention en vue d'influencer les habitudes d'ordonnance des professionnels de la santé afin que les médicaments soient utilisés uniquement en situation de besoins réels et lorsqu'ils sont pertinents au problème;
- élargir l'usage des ordonnances électroniques en accélérant l'élaboration et le lancement des télédossiers de santé;
- accélérer l'accès à des médicaments non brevetés et viser la parité internationale des prix des médicaments non brevetés;
- améliorer l'analyse des générateurs de coûts et de la rentabilité, y compris les pratiques exemplaires incluses dans les politiques des régimes d'assurance-médicaments.

En partenariat avec la région de l'Alberta et des T.N.-O. de Santé Canada, les chercheurs du domaine de la santé du monde universitaire, d'organismes non gouvernementaux et de diverses collectivités élaboreront un programme de santé communautaire afin de renforcer les résultats de santé positifs pour les femmes de l'Alberta.

Afin de prendre appui sur les activités des ressources humaines du secteur de la santé (RHS) qui appuient l'Accord de 2003 et le Plan décennal de 2004, Santé Canada poursuivra la mise en œuvre de la Stratégie en matière de ressources humaines en santé au moyen de trois vastes initiatives : la planification pancanadienne des ressources humaines en santé; la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient; et le recrutement et le maintien en poste. Les activités spécifiques relatives aux stratégies comprennent :

- les partenariats de collaboration impliquant les gouvernements et les principaux intervenants afin d'accélérer et d'étendre l'évaluation et l'intégration des diplômés internationaux dans le domaine de la santé et de traiter des enjeux sur l'intégration dans la main-d'œuvre canadienne des professionnels internationaux dans le domaine de la santé;
- une attention portée aux besoins en RHS des fournisseurs de soins de santé desservant les populations autochtones;
- une collaboration continue avec les gouvernements provinciaux et territoriaux en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un cadre pancanadien en matière de planification des RHS;
- du travail avec l'Institut canadien d'information sur la santé sur les données des fournisseurs de soins de santé et les prévisions;
- la collaboration avec les provinces et les territoires en vue d'évaluer les écarts de capacités de modélisation et de prévisions en matière de RHS;
- des projets visant à traiter des initiatives de formation interprofessionnelle pour une pratique de collaboration centrée sur le patient;
- du soutien financier à la Société de la médecine rurale du Canada en vue de stratégies visant à recruter et à maintenir en poste des médecins

en régions rurales, des programmes éducatifs et de nouveaux modèles d'accès à des soins chirurgicaux en milieu rural.

Les soins de santé primaire portent sur le premier niveau de service et de contact qu'ont la majorité des Canadiens avec le système de soins de santé. Au cours de la dernière décennie, les gouvernements travaillent ensemble à de nouvelles approches en soins de santé primaire. En plus des initiatives décrites plus loin dans cette section, le ministère s'attend à prendre appui sur le travail réalisé à ce jour en vue de donner suite aux engagements indiqués dans le Plan décennal qui comprennent les suivantes :

- la réitération de la cible des soins de santé primaire indiquée dans l'Accord de 2003. Santé Canada établira ses propres cibles pour les populations auxquelles il fournit des services de soins de santé. Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire (800 millions de dollars de 2000 à 2006) continue toujours à apppuyer les orientations des Accords de 2003 et de 2004 visant à créer et à mettre à l'essai de nouvelles façons de fournir et de gérer les soins de santé primaire;
- l'établissement d'un réseau en matière de pratiques exemplaires pour les soins de santé primaire qui aidera au partage de l'information et qui appuiera une activité de collaboration visant à éliminer les obstacles communs qui ralentissent le progrès.

En septembre 2004, les premiers ministres ont également convenu que leurs gouvernements feraient le paiement de cotisations à partir du premier dollar pour certains services de soins à domicile, en fonction des besoins évalués d'ici 2006. En travaillant avec ses partenaires fédéraux, Santé Canada s'assurera que la population desservie par les ministères fédéraux (notamment, les Premières nations, les Inuits et les anciens combattants) aura accès à cette couverture.

Santé Canada continuera également à appuyer la mise en œuvre des engagements de l'Accord des premiers ministres de 2003, y compris :

- travailler avec les provinces et les territoires et d'autres intervenants clés à la mise en œuvre de la nouvelle Stratégie canadienne sur les technologies de la santé;
- travailler étroitement avec l'Institut canadien sur la sécurité des patients (ICSP) dès que celui-ci ira de l'avant avec la mise en œuvre de son plan stratégique;
- appuyer le Conseil des services de santé dans son mandat renouvelé suite au Plan décennal.

Maintenir la confiance envers le système de soins de santé financé par les fonds publics

Le ministère donnera suite aux autres enjeux qui aideront à maintenir la confiance envers le système de soins de santé du Canada durant 2005–2006.

Le ministère améliorera sa présentation de rapports au Parlement et aux Canadiens sur les services de soins de santé assurés fournis par les provinces et les territoires, au moyen du Rapport annuel sur l'application de la LCS, qui est nécessaire en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, et au moyen duquel le ministre fédéral de la Santé fournit de l'information sur l'application et le fonctionnement des régimes de santé provinciaux et territoriaux en rapport avec les critères et les modalités et conditions de la Loi[2].

En plus du travail sur l'innovation et la réforme des soins de santé primaire noté précédemment, le ministère a l'intention de travailler avec ses partenaires provinciaux, territoriaux et intervenants afin de souligner les progrès en voie de réalisation

La Région de l'Ontario et du Nunavut de Santé Canada, en collaboration avec la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, travaille sur le Portail canadien sur la santé. Cette initiative vise à offrir une information faisant autorité et fiable aux gouvernements provinciaux et territoriaux et un « guichet unique » où s'adresser pour obtenir de l'information et des services liés à la santé et qui étaient autrefois inaccessibles. Un projet pilote mené conjointement par la Province de l'Ontario et par la Toronto Public Health pour mettre à l'essai la faisabilité de partenariats intergouvernementaux a été lancé.

dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire (FASSP) durant 2005–2006, comme :

- accroître la visibilité des initiatives de prestation de services, au moyen de consultations et de l'engagement étendus des intervenants et du public;
- tenir des ateliers sur des sujets tels que la rémunération des médecins, la gestion des maladies chroniques, la technologie de l'information et le renouvellement des soins de santé primaire dans le Nord;
- lancer une stratégie de sensibilisation nationale;
- partager les résultats de toutes les initiatives du FASSP au plan national, y compris les vérifications et les évaluations.

Les soignants membres de la famille et les soignants improvisés fournissent environ 80 à 90 pour cent des soins que les aînés reçoivent à leur domicile. Le discours du Trône d'octobre 2004 reconnaît « le rôle essentiel des Canadiens et des Canadiennes qui s'occupent de parents âgés ou invalides ou de personnes lourdement handicapées » et a entrepris « d'améliorer le niveau de soutien fiscal en vigueur et il demandera au Parlement de consulter l'ensemble des citoyens au sujet d'éventuelles initiatives supplémentaires ». Le ministère travaillera avec Développement social Canada, qui est responsable de la politique fédérale en matière de prestation de soins familiaux, dans le cadre d'une stratégie nationale visant à appuyer les prestataires de soins familiaux aux aînés et aux personnes handicapées.

Le ministère continuera d'appuyer les initiatives visant à améliorer la qualité et la disponibilité des soins palliatifs et intégrés de fin de vie partout au Canada au moyen d'occasions de collaboration avec le milieu des soins palliatifs, les homologues provinciaux et territoriaux et autres ministères fédéraux.

Accélérer l'utilisation des technologies de l'information et des communications

L'adoption accrue de technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé est essentielle pour créer un système de santé durable qui fournit aux Canadiens un meilleur accès aux services, maintenant et dans l'avenir. Depuis 2001, l'Inforoute Santé du Canada (*Inforoute*) a reçu 1,2 milliard de dollars en fonds fédéraux pour travailler avec les provinces et les territoires à l'élaboration de solutions pancanadiennes dans le domaine de la cybersanté pour les télédossiers de santé, la télésanté et la surveillance de la santé.

Le rôle de Santé Canada est d'assurer que l'*Inforoute* respecte ses obligations dans le cadre de l'Accord de financement (y compris une évaluation en 2006 par *Inforoute* de son rendement global par rapport aux résultats prévus), de fournir un leadership national, notamment sur des questions de politiques et de collaborer avec les provinces et les territoires afin d'éviter le dédoublement des efforts et de réduire les coûts.

En 2005–2006, le ministère continuera de mettre l'accent sur les réponses aux préoccupations en matière de vie privée des Canadiens en ce qui a trait au système de santé, y compris la télésanté. Le cadre pancanadien visant à protéger les renseignements personnels et la confidentialité en matière de santé propose un ensemble harmonisé de conditions centrales pour la cueillette, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé tant dans le secteur financé par les fonds publics que celui financé par les fonds privés. Des régimes de protection des renseignements personnels uniformes dans les champs de compétences faciliteront le renouvellement des soins de santé, y compris la création de systèmes de télédossiers de santé et la réforme des soins de santé primaire.

Santé Canada travaille en partenariat avec l'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba et l'Institut canadien pour la sécurité des patients en vue de cerner les priorités et les enjeux liés à la sécurité des patients dans le système de soins de santé de divers contextes urbains, ruraux et dans les réserves partout au Manitoba.

Étendre et améliorer les indicateurs du rendement du système de santé

Santé Canada appuie l'élaboration et le meilleur usage des données probantes pour la prise de décision, une mesure du rendement et une responsabilisation améliorées qui sont tous d'importants éléments qui contribuent à un système de santé durable. Le Plan décennal pour consolider les soins de santé, signé par tous les premiers ministres du Canada en septembre 2004, met l'accent sur la responsabilisation par tous les gouvernements et prend appui sur leurs décisions antérieures de rendre des comptes aux Canadiens sur le rendement du système de soins de santé. Durant l'année 2005–2006, Santé Canada continuera à travailler avec les provinces et les territoires, Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé afin d'améliorer les données statistiques en matière de santé, ce qui renforcera la base requise en vue de mieux gérer le système de santé.

Le ministère investira également dans d'autres recherches visant à appuyer la prise de décision de Santé Canada en rapport avec les thèmes prioritaires d'innovation, de réglementation, de communautés en santé et de santé des Premières nations et des Inuits.

Politique des sciences de la santé

Les progrès rapides dans le domaine des connaissances scientifiques et de la santé font en sorte que le rôle actif de recherche et d'élaboration de politiques devient essentiel à l'atteinte de tous les résultats stratégiques pour la santé des Canadiens. En plus du travail dans plusieurs autres secteurs, le ministère mettra un accent particulier sur deux domaines en 2005–2006.

La génétique humaine a des incidences claires sur la durabilité du système de soins de santé du Canada en ce qui a trait aux nouvelles façons potentielles de prévenir, de diagnostiquer, de traiter et de guérir des milliers de troubles de santé et à l'incidence accrue des changements technologiques sur la croissance des dépenses en matière de soins de santé. En conséquence, le ministère contribuera aux efforts fédéraux, provinciaux, territoriaux et internationaux dans des domaines comme le brevetage des gènes, l'assurance de la qualité et la précision des tests génétiques et l'évaluation de l'incidence de la médecine et des technologies génomiques sur les systèmes de santé desservant une population variée.

En collaboration avec ses partenaires, Santé Canada s'est engagé à participer et à jouer un rôle de chef de file en matière d'identification précoce et de suivi des nouvelles technologies qui ont des incidences sur la santé des particuliers, des populations vulnérables et du système de santé. Au moyen d'un partage actif d'information, de recherche ciblée en matière de politique et de consultations, le ministère appuiera et élaborera des recommandations fondées sur des preuves, des stratégies, et des politiques et lignes directrices nouvelles et modifiées. Les activités prioritaires comprennent la conduite éthique des recherches comprenant des êtres humains, la nanotechnologie, les biobanques et le partage des bénéfices de la recherche avec des participants aux études.

Nouvelle législation sur la protection de la santé

Dans le discours du Trône d'octobre 2004, le gouvernement s'est engagé à présenter une nouvelle législation sur la protection de la santé. Le ministère appuiera activement le gouvernement lors de l'élaboration et au cours du processus législatif relatif aux efforts de remplacement d'un certain nombre d'articles périmés de la loi dans le cadre du mandat de Santé Canada au moyen d'une nouvelle législation. Le résultat sera une approche législative claire, cohérente, complète, et souple qui répondra mieux aux réalités sociales et technologiques et qui fournira les outils nécessaires en vue de mieux protéger la santé des Canadiens maintenant et dans l'avenir.

Procréation assistée

La *Loi sur la procréation assistée* (LPA) a reçu la sanction royale en mars 2004. Le ministère a commencé le travail en vue de sa mise en œuvre.

La Loi prévoit l'établissement de l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée

chargée de l'autorisation, de l'inspection et de l'application des activités régies par la Loi. Santé Canada mettra en œuvre un processus de recrutement public en vue de nominations par le gouverneur en conseil au conseil d'administration de l'Agence, y compris le président. Les efforts ministériels en vue d'élaborer les cadres de gouvernance et d'infrastructure de l'Agence se poursuivent et comprennent l'élaboration de son premier plan stratégique et budget qui lui permettront d'être pleinement fonctionnelle d'ici 2006–2007.

En 2005–2006, le ministère mènera des consultations publiques afin d'élaborer les volets du cadre réglementaire en vue de la mise en œuvre de la Loi. Le ministère commencera également à s'occuper des domaines prioritaires qui requièrent des règlements pour la mise en application de la loi, par exemple, des règlements qui prévoiront qu'on obtiendra le consentement écrit des donneurs pour qu'on utilise leur matériel reproductif et des règlements portant sur le remboursement des dépenses acquittées par les donneurs. Le ministère travaille également à établir les fondements en vue de la création d'un registre de renseignements personnels sur la santé mandaté par la LPA.

Améliorer l'accès aux services de santé par les collectivités de langue officielle en situation minoritaire

L'accès amélioré aux services de santé par les collectivités linguistiques anglophones et francophones minoritaires est une priorité du gouvernement et de Santé Canada, et un important volet d'un système de soins de santé durable. Santé Canada continuera à travailler étroitement avec les collectivités de langue officielle vivant en situation minoritaire au moyen du *Plan d'action fédéral quinquennal en matière de langues officielles* (119 millions de dollars entre 2003 et 2008, comprenant 30 millions de dollars dans l'enveloppe des langues officielles du Fonds d'adaptation pour l'adaptation des soins de santé primaire (FASSP).

En 2005–2006, le ministère visera à prendre appui sur l'élan déjà réalisé suite au Plan d'action et à cerner d'autres possibilités d'amélioration.

Collaboration internationale

Les risques et les menaces pour la santé publique qui proviennent d'au delà des frontières du Canada ont une incidence de plus en plus importante sur la santé des Canadiens. La collaboration internationale en matière d'événements de développements et de politiques portant sur la santé à l'échelle mondiale est d'une importance croissante pour la viabilité et la souplesse du système de santé du Canada. Santé Canada se positionne au plan international en vue d'anticiper les développements internationaux en matière de santé et leurs impacts sur les Canadiens et le système de santé et d'y répondre; d'influencer les événements et les fora internationaux en matière de santé; de faire preuve de leadership sur certaines questions de santé; et de travailler avec la multiplicité des joueurs sur la santé à l'échelle mondiale.

Au cours de l'année 2005–2006, Santé Canada terminera son cadre stratégique en matière d'activités de santé internationales du Canada, et en commencera la mise en œuvre. Ce cadre guidera les décisions du ministère en matière de participation internationale, de mise de l'avant des priorités de santé au pays, et de contribution à la politique étrangère du Canada. Santé Canada participera aux négociations de l'OMS visant l'examen du Règlement sanitaire international, car il s'agit là d'une priorité pour la protection des Canadiens contre la propagation de maladies infectieuses.

Afin de façonner et de renforcer le programme international en matière de santé et d'enjeux de soins de santé en conformité avec les priorités et les valeurs du Canada, le ministère représentera le pays lors de réunions annuelles à de hauts niveaux et aux autres réunions majeures de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS); il continuera à développer et à mettre de l'avant les intérêts du Canada en matière de santé

au plan de ses autres relations multilatérales (par exemple, avec l'Union européenne) et bilatérales (par exemple, avec le Mexique); il cherchera à créer des mécanismes en vue d'engager les pays à un effort de collaboration sur la politique de la santé et les questions de programmation au moyen, par exemple, de lettres et de protocoles d'entente. Santé Canada continuera à agir comme Secrétariat pour l'Initiative de la protection de la santé mondiale afin de coordonner la planification, l'organisation et la mise en œuvre du travail, y compris des réunions ministérielles annuelles, et ce, par le truchement de ce partenariat international, en vue d'améliorer les mesures et les interventions d'urgence en matière de santé publique contre les menaces causées par l'homme (par exemple, le bioterrorisme) et celles causées naturellement (par exemple, une pandémie) dans le domaine de la santé publique.

Le travail international se poursuivra sur des questions clés tels que : les stratégies du gouvernement du Canada sur le VIH/sida en jouant un rôle de chef de file dans la planification et la préparation pour la XVI[e] conférence sur le SIDA, à Toronto, en 2006; la lutte antitabac en participant à la Conférence des Parties de l'OMS en vue de mettre en œuvre la Convention-cadre pour la lutte antitabac; et le commerce international et la santé au moyen d'une analyse des politiques et d'une collaboration avec d'autres ministères et des intervenants du pays et de l'étranger. Santé Canada cherchera des possibilités d'utiliser son expertise technique en vue d'aider les pays au moyen de projets gérés par l'ACDI, la Banque mondiale et les organisations de santé telle que l'OPS, en accordant une attention particulière aux relations avec des pays clés tels que les États-Unis et le Mexique. On fournira de l'expertise et de l'aide aux délégations étrangères en visite au Canada afin qu'ils se familiarisent avec le système de santé du Canada.

Notes en fin de chapitre et liens internet

1 On peut trouver de plus amples renseignements sur le Plan décennal à : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/index.html

2 On peut trouver de plus amples renseignements sur la *Loi canadienne sur la santé* à : http://www.hc-sc.gc.ca/medicare

Résultat stratégique n° 2 : Accès à des produits de santé et à des aliments efficaces et sûrs et à des renseignements en vue de choix de santé sains

Activité de programme — *Produits de santé et aliments*

DÉPENSES PRÉVUES ET ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN (ETP) (millions de dollars)	Prévisions des dépenses 2004–2005	Dépenses prévues 2005–2006	Dépenses prévues 2006–2007	Dépenses prévues 2007–2008
Dépenses brutes	300,0	**275,2**	262,4	260,5
Moins : revenus disponibles prévus	41,2	**41,2**	41,2	41,2
Dépenses nettes* **	258,8	**234,0**	221,2	219,3
ETP	2 371	**2 379**	2 336	2 339

* La diminution des dépenses nettes entre 2004–2005 et 2005–2006 est principalement due à une diminution dans le niveau de financement de la Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques, de la gestion des litiges reliés aux matériels médicaux et des ressources reliées aux conventions collectives. La diminution des dépenses nettes entre 2005–2006 et 2006–2007 est principalement due à une diminution dans le niveau de financement pour la mise en œuvre de la stratégie de Santé Canada pour l'accès aux produits thérapeutiques, à la contribution ministérielle à l'exercice de réallocation d'un milliard de dollars du gouvernement fédéral et à la mesure de temporisation du financement d'autres mesures concernant l'encéphalopathie spongiforme bovine. Le Budget 2005 indique un nouveau financement pour certaines activités temporarisées. Veuillez consulter la Section 4 pour de plus amples détails sur ce budget. La diminution des dépenses nettes entre 2006–2007 et 2007–2008 est principalement due à la contribution ministérielle au milliard de dollars de l'exercice de réallocation du gouvernement fédéral, et à une diminution du niveau de financement pour la mise en œuvre de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et la santé publique.

** Les chiffres comprennent un montant pour d'autres coûts d'infrastructure ministérielle et régionale appuyant la réalisation des programmes. Ces coûts sont 54,4 millions de dollars en 2004–2005, de 49,8 millions de dollars en 2005–2006, de 49,0 millions de dollars en 2006–2007 et de 48,3 millions de dollars en 2007–2008.

Description de l'activité

Santé Canada est responsable d'une vaste gamme d'activités de promotion et de protection de la santé qui ont une incidence sur la vie de tous les jours des Canadiens. Comme autorité fédérale responsable de la réglementation des produits de santé et des aliments, la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) évalue et surveille la sécurité, la qualité et l'efficacité de milliers de médicaments (à usage humain et vétérinaire), de vaccins, de sang et de produits de sang, de produits biologiques et de thérapies génétiques, d'instruments médicaux, de produits de santé naturels, de même que la salubrité des aliments que nous consommons. Santé Canada fournit également des renseignements utiles sur les risques et les avantages liés aux produits de santé naturels et aux aliments de façon à permettre aux Canadiens de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et de leur bien-être.

Les présentes responsabilités réglementaires de Santé Canada couvrent le cycle de vie des produits de santé et des aliments qui commence avec les essais cliniques et qui s'étend à la surveillance, à la conformité et à la mise en application. La portée du travail de Santé Canada est importante. Elle s'étend à plus de 22 000 produits médicamenteux à usage humain et à 40 000 instruments médicaux présentement sur le marché canadien. Santé Canada doit également relever les défis liés aux progrès rapides de la technologie et aux percées scientifiques qui ont mené à une augmentation sans précédent du nombre de produits biologiques, de thérapies génétiques, de vaccins et d'aliments génétiquement modifiés et autres aliments nouveaux. Santé Canada relève ces défis en s'appuyant sur une solide recherche

scientifique et sur une gestion efficace des risques en vue de prendre des décisions fondées sur des données probantes. Ces disciplines sont intégrées aux activités quotidiennes de fonctionnement du ministère et avec ses activités de promotion de la santé, elles permettent un accès en temps opportun à des produits de santé et des aliments sans risque et efficaces pour les Canadiens.

À l'appui de ses activités, Santé Canada a relevé quatre priorités d'intervention spécifiques sous cette activité de programme.

Transformer notre efficience, notre efficacité et notre réactivité en tant qu'organisme de réglementation

Santé Canada et ses partenaires continuent à mettre en œuvre des stratégies afin d'améliorer l'accès par les Canadiens à des produits de santé et des aliments sans risque efficaces. La Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques (SAPT) inaugurée en 2003–2004 découle des engagements des premiers ministres visant à renforcer le rendement de la réglementation du Canada dans le domaine des médicaments à usage humain dans le cadre de la stratégie gouvernementale de réglementation intelligente énoncée dans le discours du Trône de 2002 et qui a reçu un montant de 190 millions de dollars sur cinq ans dans le Budget fédéral de 2003[1].

L'objectif dans son ensemble de la SAPT vise à améliorer l'accès des Canadiens aux médicaments à usage humain et aux autres produits thérapeutiques sans danger, de grande qualité, efficaces du point de vue thérapeutique, utilisés de façon appropriée et accessible en temps opportun et à un coût raisonnable. En plus d'améliorer l'efficience et la transparence de la réglementation, la stratégie vise à optimiser les avantages des médicaments à usage humain dans le système de soins de santé, au moyen d'un usage approprié, y compris des meilleures pratiques en matière d'ordonnance, de contrôle des coûts et de gestion des régimes d'assurance médicaments. Les initiatives de la SAPT contribueront à un système de soins de santé plus rentable et à des résultats de santé améliorés pour les Canadiens.

On prévoit que les investissements et les progrès réalisés en vue de moderniser le processus d'examen de réglementation au moyen de la SAPT permettront à Santé Canada d'éliminer ses retards des nouvelles présentations pharmaceutiques en 2006 et en vue de l'examen de la réglementation tout en maintenant des normes élevées de sécurité de Santé Canada[2]. Également, Santé Canada examinera quatre-vingt-dix pour cent de sa cible de présentations de produits biologiques d'ici mars 2007. Ces cibles de rendement sont conformes aux normes internationales. Le ministère améliorera la transparence de sa prise de décision en matière de réglementation en publiant le fondement des autorisations de réglementation de Santé Canada en matière de produits thérapeutiques et d'instruments médicaux qui n'ont pas été approuvés préalablement pour la commercialisation. En outre, Santé Canada poursuivra l'élaboration de sa politique et de sa planification en vue de la mise en œuvre à plus long terme de sa SAPT dans le cadre de sa stratégie de financement à long terme. Toutes ces initiatives aideront à appuyer un rendement réglementaire amélioré pour les produits de santé en général.

Dans le cadre d'une approche nationale intégrée et coordonnée en matière de salubrité des aliments, Santé Canada travaille en collaboration avec l'Agence canadienne d'inspection des aliments, Agriculture et Agroalimentaire Canada et les provinces et les territoires. Avec l'aide de ces derniers, Santé Canada améliorera la prise de décision nationale sur les questions de salubrité alimentaire et nutritionnelle, il assurera un niveau équivalent de protection pour tous les consommateurs, peu importe où ils achètent des aliments au Canada et augmentera la confiance des consommateurs envers les disponibilités alimentaires. Au cours de la période de 2005 à 2008, le ministère renouvellera la présente loi sur la protection de la santé. Le renouvellement fera en sorte que la nouvelle *Loi sur la protection de la santé au Canada* servira de base aux normes et politiques requises en vue de protéger les disponibilités alimentaires au Canada.

Au cours de la prochaine année, Santé Canada travaillera avec un groupe de travail constitué de

plusieurs intervenants en vue de formuler des recommandations et des stratégies pour réduire les acides gras trans (gras trans) dans les aliments des Canadiens aux niveaux les plus bas possibles, tout en s'assurant que les solutions de rechange seront sans danger[3]. De plus, Santé Canada mettra en œuvre de nouveaux règlements qui exigeront que les étiquettes des aliments indiquent certains allergènes dans les aliments préemballés, afin que les consommateurs disposent de l'information dont ils ont besoin pour faire des choix éclairés[4]. En outre, Santé Canada interdira l'importation personnelle de drogues devant être utilisées chez les animaux destinés à la consommation humaine et révisera ses limites maximales de résidus dans les produits alimentaires. Également, Santé Canada mettra à jour ses politiques et règlements afin de s'assurer que le cadre réglementaire en vigueur suivra les progrès scientifiques et les changements technologiques en donnant suite aux questions de résistance antimicrobienne et d'ajout de vitamines et de minéraux aux aliments.

Un certain nombre d'aliments nouveaux (tels que les animaux et les plantes génétiquement modifiés) seront soumis à un examen, à une autorisation de mise en marché et à une mise en marché par Santé Canada. Étant donné les défis qu'ils posent à nos processus traditionnels en matière d'évaluation de la sécurité, Santé Canada continuera à mettre à jour les moyens d'effectuer ses évaluations en matière de sécurité, afin de prévenir et d'atténuer les risques pour les Canadiens.

Santé Canada a travaillé avec l'Association canadienne de normalisation en vue d'établir des normes de sécurité nationales pour les cellules, les tissus et les organes en 2003; cependant, la conformité à ces normes demeure volontaire. Parce que certains tissus humains sont réglementés comme produits biologiques et que d'autres sont réglementés comme matériels médicaux (par exemple, les valvules cardiaques), il n'y a aucune approche réglementaire cohérente pour les cellules, les tissus et les organes. Comme résultat, en 2005–2006, Santé Canada déposera une nouvelle réglementation sur la sécurité fondée sur des normes (c.-à-d., intégrer les normes dans la réglementation proposée par voie de référence). Cette approche aidera à répondre aux défis de conformité, aux menaces de maladies infectieuses, aux avancements technologiques et donne suite aux recommandations du rapport du vérificateur général du Canada de 2000[5].

Augmenter la réactivité face aux questions de santé publique et vigilance accrue relativement à la sécurité et à l'efficacité thérapeutique

Le renforcement de la sécurité des médicaments, des matériels médicaux et des autres produits thérapeutiques sont un objectif clé de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) qui répond aux préoccupations du public en matière de sécurité des produits thérapeutiques, y compris le besoin d'une divulgation appropriée des informations découlant des essais cliniques. Pour aider à atteindre cet objectif, Santé Canada renforcera sa capacité de produire, de recueillir, de détecter, de surveiller, d'évaluer et de diffuser des données probantes en temps opportun au sujet de la sécurité et de l'efficacité thérapeutiques des médicaments et autres produits thérapeutiques.

Les rapports des professionnels de la santé sur les effets indésirables des médicaments utilisés par le public est un aspect important de l'amélioration de la sécurité. En 2005–2006, Santé Canada inaugurera un nouveau portail Internet appelé « MedEffectCanadaMedEffet » en vue de favoriser plus de rapports portant sur les réactions indésirables. Santé Canada travaillera étroitement avec les fonctionnaires d'autres pays, notamment ceux des États-Unis, en vue de partager des données. Dans le cadre d'une nouvelle stratégie en matière d'inspection, Santé Canada surveillera également la conformité de l'industrie en ce qui a trait aux rapports portant sur les réactions indésirables des médicaments et aux lacunes d'efficacité imprévues des nouveaux médicaments. Cette information permettra de comprendre pourquoi

des événements se produisent et de réagir sur les façons de les prévenir.

L'appui en vue d'un accès réel amélioré est une autre priorité de la SAIT. En 2005–2006, Santé Canada améliorera l'utilisation et l'ordonnance de médicaments au moyen de meilleures pratiques fondées sur des données probantes en matière d'information, de stratégies et d'outils, en travaillant avec le Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments (SCPUOM)[6], le centre pancanadien de coordination de l'information et de l'éducation sur les meilleures pratiques en matière l'ordonnance et d'utilisation des médicaments. Ce travail mènera à des résultats de santé améliorés et à une utilisation rentable des médicaments en modifiant les attitudes, les comportements et les connaissances.

Le Plan décennal que les premiers ministres ont adopté en 2004 comprend un engagement de travailler ensemble en vue d'élaborer et de mettre en œuvre une Stratégie pharmaceutique nationale (SPN)[7] détaillée qui viendra s'ajouter à la SAPT et au mandat continu de la DGPSA. En plus d'influencer une meilleure ordonnance et une meilleure utilisation des médicaments, cette stratégie appuiera l'élaboration d'options de couverture des médicaments onéreux, l'établissement des coûts de ces options, l'établissement d'un formulaire pharmaceutique national commun, et un accès amélioré aux médicaments et autres thérapies en vue de répondre aux besoins thérapeutiques ou de santé publique non satisfaits. Elle permettra un niveau plus élevé de surveillance et d'analyse en matière d'information sur la sécurité et l'efficacité des médicaments, d'analyse des inducteurs de coût et d'analyse coût-efficacité, y compris les meilleures pratiques de gestion des régimes d'assurance-médicaments, l'accès accéléré aux médicaments non brevetés et la parité internationale sur le prix des médicaments non brevetés, et des stratégies d'achat en vue d'obtenir les meilleurs prix pour les Canadiens en matière de médicaments et de vaccins. D'ici juin 2006, un groupe de travail ministériel fera rapport sur les progrès réalisés par la SPN.

Le matériel médical à usage unique (MMUU), tel que certaines seringues, sondes et pinces à biopsie sont conçues par les fabricants en vue d'un usage unique. Comme ce matériel peut être coûteux, des données probantes indiquent que les institutions de soins de santé l'ont réutilisé. Bien que cette approche réduise les coûts environnementaux et d'élimination de déchets, les données probantes indiquent qu'un nettoyage inapproprié peut mener à un transfert des pathogènes d'un patient à un autre ou à une fonctionnalité réduite[8]. De plus, les fabricants des MMUU ne sont pas tenus de fournir de l'information à Santé Canada démontrant que leur matériel peut être bien nettoyé et réutilisé ou comment la réutilisation devrait se produire afin d'éviter des répercussions possibles sur la santé. En fonction des consultations avec les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux et des analyses par les experts et les intervenants, Santé Canada précisera et mettra en œuvre les meilleures options en vue de minimiser les risques pour les Canadiens. De plus, Santé Canada est en voie de mettre le point final sur un plan d'action pour répondre aux recommandations faites par le vérificateur général dans son Rapport de 2004 sur la réglementation des matériels médicaux[9].

L'ESB (encéphalopathie spongiforme bovine communément appelée la maladie de la vache folle) continue d'être un enjeu important[10]. Santé Canada utilisera le nouveau financement pour effectuer des évaluations des risques et des recherches scientifiques afin d'appuyer l'élaboration et la prise de décision en matière de politique de santé publique pour certains secteurs prioritaires spécifiques liés à l'ESB.

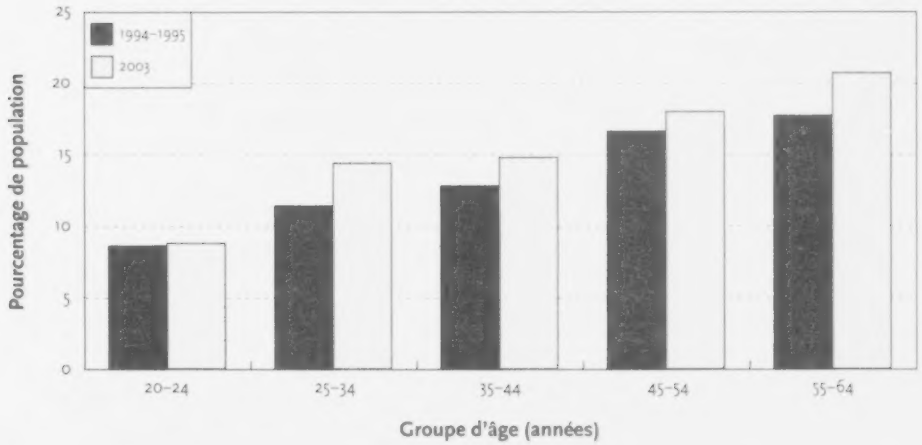
En plus de maintenir les programmes de surveillance des aliments en cours, comme par exemple, l'Étude de la diète totale, Santé Canada travaillera avec Statistique Canada à élaborer et à mettre à l'essai l'Enquête canadienne sur les mesures de santé d'ici 2006 dont les résultats seront publiés en 2008[11]. Cet outil servira à mesurer l'état nutritionnel des Canadiens et les effets de l'exposition aux substances chimiques dans l'environnement et aux germes pathogènes. Ces données aideront le ministère et d'autres à élaborer des politiques, des normes et

des règlements en matière de salubrité alimentaire et nutritionnelle, et à mesurer les incidences sur la santé des programmes actuels en matière de salubrité alimentaire et nutritionnelle.

Améliorer la transparence, l'ouverture et la responsabilisation afin de renforcer la confiance du public et les relations avec les intervenants

Les consultations et les partenariats appuient les prises de décision fondées sur les données probantes par Santé Canada et contribuent aux efforts continus et plus vastes du ministère en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des approches modernes de réglementation qui appuient l'engagement du gouvernement en matière de réglementation intelligente. À cet effet, le ministère mettra au point un cadre de participation publique afin de renforcer les moyens lui permettant de tenir compte des points de vue des Canadiens. Santé Canada continuera d'établir des partenariats dans les compétences fédérales, provinciales et territoriales, l'industrie, les groupes de consommateurs et de défense des intérêts publics et du monde universitaire. Afin d'améliorer sa capacité à résoudre les conflits et d'appuyer la responsabilisation, la transparence et l'ouverture, le ministère créera un bureau d'ombudsman en matière de produits de santé et d'aliments en 2005. Au plan international, le ministère réalisera une approche stratégique plus coordonnée en vue d'un meilleur partage d'information et de collaboration avec les autorités internationales. Comme exemple de coopération internationale, Santé Canada et l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments publieront des documents d'orientation conjoints en 2005 concernant les produits pharmaceutiques administrés par inhalation et par voie nasale[12]. Le ministère a commencé des négociations portant sur un protocole d'entente comme précurseurs d'un accord de reconnaissance mutuelle (ARM) avec l'Australian Therapeutic Goods Administration qui facilitera l'accès aux marchés des partenaires respectifs tout en maintenant des normes élevées de sécurité pour les matériels médicaux. L'ARM vise à reconnaître les systèmes et certificats canadiens et australiens relativement aux systèmes de gestion de la qualité des fabricants d'instruments médicaux. On s'attend que les deux organismes franchiront l'étape opérationnelle du PE au début de juillet 2005.

Prévalence de l'obésité (IMC >=30) par cohortes d'âge, Canada, 1994–1995 et 2003



Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

L'accès aux médicaments sera facilité pour les pays les moins avancés et les pays en développement avec l'établissement de règlements à l'appui de la législation adoptée en 2004. Le Programme d'accès aux médicaments facilitera l'accès aux produits pharmaceutiques utilisés pour le traitement du VIH/sida, de la malaria, de la tuberculose et d'autres maladies épidémiques. Ce programme s'ajoute aux efforts internationaux du Canada de lutter contre le VIH/sida et l'objectif partagé de fournir un accès humanitaire aux médicaments essentiels[13].

Fournir des renseignements faisant autorité en vue de choix sains et de prises de décision éclairées

Santé Canada est toujours actif dans le domaine de la prestation d'information faisant autorité en matière de choix sains et de prises de décision éclairées. Par exemple, décembre 2005 est la date d'échéance pour la mise en œuvre des nouvelles exigences en matière d'étiquetage nutritionnel. Santé Canada appuie le travail de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et de l'industrie de l'alimentation en vue de respecter cette échéance. Également, le ministère révisera le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* qui sera publié en 2006, afin de s'assurer qu'il reflétera les données scientifiques courantes concernant les rapports entre le régime et la santé et continuera à favoriser les habitudes alimentaires qui répondent aux besoins nutritifs et qui minimisent les risques de maladies chroniques comme le diabète type 2. La principale cause de cette maladie au Canada est l'obésité, qui a eu des incidences sur une partie de plus en plus grande de la population depuis 1995.

Notes en fin de chapitre et liens internet

1 http://www.fin.gc.ca/budget03/booklets/bkheaf.htm

2 http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/tpd_news_winter_2004_f.html

3 http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2004/trans_fats-gras_f.html

4 http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/onpp-bppn/labelling-etiquetage/regulations_faqs_f.html

5 http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/0026cf.html

6 http://www.ccohta.ca/compus/compus_intro_f.cfm

7 http://www.pm.gc.ca/fra/news.asp?category=1&id=260

8 http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/letter_reprocess_f.html

9 http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20040302cf.html

10 http://www.hc-sc.gc.ca/food-aliment/fpi-ipa/f_policy_srm.html

11 http://www.statcan.ca/francais/survey/household/measures/measures_f.htm

12 http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/inhalation_nasal_products_f.html

13 http://www.ic.gc.ca/cmb/welcomeic.nsf/558d636590992942852564880052155b/85256a5d006b972085256f2b0052d071!OpenDocument&Highlight=2,c-9

Résultat stratégique n° 3 : Réduction des risques pour la santé et l'environnement de produits et de substances réglementés et milieux de vie et de travail plus sains

Activité de programme — *Santé environnementale et sécurité des consommateurs*

DÉPENSES PRÉVUES ET ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN (ETP)

(millions de dollars)	Prévisions des dépenses 2004–2005	Dépenses prévues 2005–2006	Dépenses prévues 2006–2007	Dépenses prévues 2007–2008
Dépenses brutes	286,2	**288,9**	284,7	277,5
Moins : revenus disponibles prévus	13,8	**15,2**	15,4	15,6
Dépenses nettes* **	272,4	**273,7**	269,3	261,9
ETP	1 796	**1 832**	1 833	1 821

* L'augmentation des dépenses nettes de 2004–2005 à 2005–2006 est principalement due à une augmentation dans le financement de la réforme concernant le cannabis — services d'analyse des drogues — et de la mise en œuvre de la Stratégie sur la qualité de l'air transfrontalier, ainsi que les mesures d'assainissement de l'air qui s'y rapportent. L'augmentation des revenus disponibles est reliée à un changement dans la structure des frais des produits et Services de dosimétrie nationaux. La diminution des dépenses nettes de 2005–2006 à 2006–2007 est principalement due à la contribution ministérielle au milliard de dollars de l'exercice de réallocation du gouvernement fédéral. La diminution des dépenses nettes de 2006–2007 à 2007–2008 est principalement due à la contribution ministérielle au milliard de dollars de l'exercice de réallocation du gouvernement fédéral et à une diminution du niveau de financement due à la mesure de temporisation de la mise en œuvre de la Stratégie sur la qualité de l'air transfrontalier, ainsi que les mesures d'assainissement de l'air qui s'y rapportent. Le Budget 2005 indique un nouveau financement pour certaines activités temporarisées. Veuillez consulter la Section 4 pour de plus amples détails sur ce budget.

** Les chiffres comprennent un montant pour d'autres coûts d'infrastructure ministérielle et régionale appuyant la réalisation des programmes. Ces coûts sont 54,4 millions de dollars en 2004–2005, de 50,1 millions de dollars en 2005–2006, de 49,3 millions de dollars en 2006–2007 et de 48,6 millions de dollars en 2007–2008.

Description de l'activité

Dans le cadre de cette activité de programme, Santé Canada a le mandat de traiter de nombreux aspects de la vie quotidienne qui ont une incidence sur la santé des Canadiens. Ils comprennent la qualité de l'eau potable, la qualité de l'air, la radioexposition, la consommation et l'abus de drogues (y compris l'alcool), la sécurité des produits de consommation, le tabac et la fumée secondaire, la santé en milieu de travail et les produits chimiques dans le milieu de travail et dans l'environnement. Le ministère est également engagé dans d'autres activités liées à la santé et à la sécurité, y compris les initiatives du gouvernement en matière de sécurité publique et d'antiterrorisme, l'inspection des aliments et de l'eau potable pour le public voyageur et la planification d'urgence dans le secteur de la santé pour les dignitaires en visite. Le vaste mandat national du ministère découle de mesures législatives, notamment la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les drogues et substances contrôlées*, la *Loi sur les produits dangereux*, la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, la *Loi sur le tabac* et d'autres. Le ministère livre ses résultats grâce à des partenariats et au moyen d'une présence active dans chacune des régions partout au pays. En plus de ces activités continues, pour 2005–2006, le ministère a relevé deux priorités générales qui englobent une gamme d'activités telles que décrites ci-dessous :

- Réduire les risques pour la santé et la sécurité et améliorer la protection contre les dommages associés aux dangers en milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnologie;
- Réduire les risques pour la santé et la sécurité liés à la consommation du tabac et à l'abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées.

Dommages associés aux dangers en milieu de travail, aux risques environnementaux, aux produits de consommation (y compris les cosmétiques), aux dispositifs émettant des radiations, aux nouvelles substances chimiques et aux produits issus de la biotechnologie

Conformément à sa priorité en matière de santé et d'environnement, le ministère abordera les risques pour la santé liés aux polluants atmosphériques dans des environnements intérieurs et extérieurs — en mettant l'accent sur les populations vulnérables comme les enfants, les aînés et les personnes souffrant de maladies pulmonaires et cardiaques. La principale cible du ministère demeurera l'ozone et les particules, mais comprendra également d'autres polluants atmosphériques communs comme le monoxyde de carbone et l'anhydride sulfureux. Le travail du ministère comprendra l'évaluation des avantages pour la santé de différentes approches de réduction de la pollution et des risques et des avantages des carburants de remplacement et des additifs.

Le ministère s'appuiera également sur des études pilotes de recherche en cours dans les bassins atmosphériques du bassin des Grands Lacs et du bassin de Georgia et de Puget Sound afin d'évaluer les incidences sur la santé de la pollution atmosphérique. Le ministère contribuera également au travail sur l'élaboration d'un indice de la qualité de l'air lié à la santé et d'un indicateur de la santé de l'air. Dans le cadre de la Stratégie de la qualité de l'air transfrontalier (SQAT) Canada/États-Unis, des études de recherche fourniront de l'information visant à aider à protéger les Canadiens et à renseigner les responsables au sujet des tendances des effets sanitaires dus à la pollution atmosphérique.

Dans le cadre de cette priorité, une importante responsabilité continue sera la responsabilité du ministère en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, 1999 (LCPE)[1]. Dans le cadre de cette responsabilité, le ministère dressera une liste des substances prioritaires (selon les risques potentiels pour la santé humaine) qui requièrent une évaluation de dépistage subséquente. Le ministère prévoit effectuer dix évaluations de santé sur des substances existantes pouvant mener à des activités de gestion de leurs impacts, s'il établit que ces substances sont toxiques en vertu de la LCPE. Le ministère s'engage à mettre en œuvre un Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats pour mesurer le rendement du programme dans ses activités liées à la LCPE avec, comme appui, un cadre de gestion intégrée qui ciblera la prestation de programmes du ministère.

Le Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques est une initiative internationale visant à améliorer la protection de la santé humaine et de l'environnement[2]. Le ministère continuera à travailler en vue de modifications législatives et réglementaires requises pour la mise en œuvre d'un système pleinement opérationnel d'ici sa date cible de 2008.

Dans le cadre de l'engagement à l'échelle du gouvernement à agir relativement au changement climatique, Santé Canada complétera en 2006 son évaluation des changements climatiques et de la vulnérabilité de la santé humaine. Cette évaluation constituera le volet santé de l'Évaluation du changement climatique à l'échelle nationale au Canada et contribuera aux obligations internationales du gouvernement du Canada de faire rapport sur les répercussions et les efforts d'adaptation liés aux changements climatiques.

Le ministère poursuivra son travail avec d'autres ministères fédéraux en vue d'aider à gérer les risques pour la santé humaine liés aux sites contaminés. Le ministère fournira des conseils d'experts sur la conduite d'évaluations des risques pour la santé humaine dans plus de 20 des sites fédéraux comportant les risques de contamination les plus élevés et formera entre 300 et 400 gestionnaires

fédéraux en évaluation des risques pour la santé et engagera les collectivités potentiellement touchées à participer.

Les mesures ministérielles sur la santé et l'environnement durant 2005–2006 prendront plusieurs autres formes. Par exemple, le règlement révisé sur les renseignements qui entrera en vigueur en 2005 mènera à l'évaluation des risques pour la santé de 800 nouveaux produits chimiques et biotechnologiques. Le ministère effectuera des évaluations environnementales et des risques pour la santé d'environ 100 nouveaux produits pharmaceutiques, médicaments à usage vétérinaire et produits d'hygiène et de beauté. Le ministère s'attend également à imposer des mesures de contrôle pour environ 10 nouvelles substances, résultant en une quantité moins importante de substances toxiques dans l'environnement qui pourraient avoir des effets indésirables sur la santé des Canadiens.

Dans le cadre de la protection de la santé humaine, le ministère prévoit de nouvelles modifications réglementaires en vue d'améliorer les normes de sécurité du matériel dentaire à rayons X et appuiera le gouvernement du Canada dans la proposition de modifications du règlement sur les appareils de radiodiagnostic. Le ministère étendra également sa Stratégie de réduction des risques liés au plomb au moyen d'un règlement qui limiterait la concentration de plomb dans les bijoux destinés aux enfants, les revêtements de surface et les chandelles munies de mèches à teneur en plomb[3]. Le ministère proposera également des modifications au Règlement sur les produits dangereux (produits céramiques émaillés et produits de verre) afin de limiter davantage la teneur en plomb de ces produits.

Le ministère révisera également les normes de qualité de l'air intérieur, il continuera de travailler avec les partenaires provinciaux et territoriaux à l'élaboration de Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada et améliorera son état de préparation afin de fournir un soutien scientifique en cas d'urgences chimiques. Santé Canada participera également à la planification de la prochaine génération des Exercices internationaux d'urgences nucléaires[4]. L'intégration des réseaux de contrôle radiologique du Canada et des États-Unis commencera en vue d'élaborer des protocoles et de fournir des alertes rapides d'incidents nucléaires.

Santé Canada continuera de collaborer avec le Comité fédéral de l'eau des Prairies en vue d'élaborer une approche fédérale commune touchant l'eau dans les Prairies en fournissant des commentaires sur les initiatives futures de programme et de politique au Groupe de travail interministériel sur l'eau potable du gouvernement canadien.

Afin de protéger les milliers de personnes qui voyagent au Canada chaque année, ainsi que les Canadiens qui entrent en contact avec les voyageurs, Santé Canada continuera d'effectuer des inspections sanitaires sur le transport aérien, ferroviaire et maritime lié aux aliments, à l'eau et à la salubrité publique. Le ministère élargira les cadres d'orientation du plan de mesures et d'interventions d'urgence psychosociale et physique, dont l'élaboration remonte à l'initiative du gouvernement canadien en matière de sécurité publique et d'antiterrorisme, afin d'y inclure les interventions sanitaires d'urgence comme le SRAS et il poursuivra ses efforts visant à renforcer la capacité d'appui aux intervenants en cas d'urgence et aux travailleurs fédéraux qui fournissent des services au cours d'incidents critiques ou d'interventions sanitaires d'urgence ou immédiatement après.

Santé Canada poursuivra ses efforts en vue d'appuyer la recherche liée aux incidences du milieu de travail sur la santé humaine afin de mieux faire comprendre les risques directs et indirects pour la santé humaine tels que l'abus d'alcool ou d'autres drogues, l'anxiété, la dépression, les infections, les conflits et les blessures[5].

Le ministère continuera également à livrer le Programme de santé des fonctionnaires fédéraux à environ 250 000 employés fédéraux dans plus de 20 ministères et organismes fédéraux au Canada et à l'étranger. Le ministère continuera de fournir les services du Programme d'aide aux employés et des services organisationnels à 140 organismes du secteur public.

Consommation de tabac et abus de drogues, d'alcool et d'autres substances contrôlées

Ce résultat stratégique englobe les responsabilités ministérielles prioritaires visant à répondre aux dangers pour la santé que pose la consommation du tabac, de l'alcool et de drogues. En plus des initiatives de lutte contre le tabagisme en cours à l'appui des quatre piliers de la prévention, de la cessation, de la protection et de la réduction des méfaits, le ministère portera une attention particulière aux jeunes et aux jeunes adultes qui s'adonnent au tabagisme en 2005–2006[6]. Il travaillera avec les provinces et les territoires à élaborer un cadre d'action pour les jeunes et les jeunes adultes afin de préciser les interventions appropriées et les orientations futures pour ce groupe. Il continuera à appuyer les activités de prévention et de cessation ciblées et de diffusion de messages antitabac au moyen d'initiatives d'engagement des jeunes.

Le ministère travaillera avec les partenaires afin de faire l'essai et d'évaluer diverses approches de lutte contre le tabagisme. Il appuiera les campagnes nationales et régionales des organes de diffusion qui renseignent les Canadiens sur les effets du tabagisme pour la santé et qui fournissent de l'information et des points de référence afin d'aider plus de Canadiens à cesser de fumer.

Santé Canada élaborera un règlement qui apporterait des modifications aux produits de tabac autres que les cigarettes afin d'aider à diminuer le nombre d'incendies dont ils sont la cause ainsi que les décès et les blessures qui y sont associés[7]. Santé Canada poursuivra la mise en place du processus réglementaire qui mènera à une interdiction des descripteurs « légères » et « douces » et travaillera au renouvellement des mises en garde en matière de santé pour les produits du tabac.

Le ministère continuera de diriger la Stratégie canadienne antidrogue, en partenariat avec les provinces et les territoires, les municipalités, les organismes non gouvernementaux et les groupes d'intervenants[8]. Il dirigera de nouveaux fonds vers les priorités, y compris : l'élargissement du rôle de chef de file du gouvernement fédéral et la mise en œuvre de la stratégie; l'élaboration d'un cadre national d'intervention en matière d'abus d'alcool et d'autres drogues (y compris l'élaboration possible d'une politique sur l'abus d'alcool) en partenariat avec le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et les partenaires pertinents; et la présentation de rapports d'étapes sur les progrès et les répercussions de la stratégie au Parlement et aux Canadiens.

Dans un travail connexe, le ministère analysera les résultats de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada et en fera rapport. Il effectuera un examen en vue d'améliorer la recherche canadienne en matière d'abus d'alcool et des drogues au moyen de l'élaboration d'un programme national de recherche en toxicomanie.

Le ministère continuera d'appliquer la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et ses règlements, de fournir des conseils d'experts scientifiques et des services d'analyse des drogues aux autorités de police et de gérer le programme sur l'usage de la marihuana à des fins médicales. Il continuera également de financer des projets communautaires par l'intermédiaire du Fonds des initiatives communautaires de la stratégie antidrogue et de financer le volet traitement des tribunaux de traitement de la toxicomanie.

Dans l'ensemble, le ministère évaluera son rendement au moyen de mesures comme les changements de sensibilisation, les attitudes et les comportements et au moyen d'un cadre d'évaluation.

Le Programme de traitement et de réhabilitation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie est un programme dont les coûts sont partagés avec les provinces et les territoires qui appuie le traitement des femmes et des jeunes affligés de problèmes de toxicomanie. Le ministère continuera à travailler avec les provinces et les territoires à un plan visant à examiner l'objectif de ce programme, y compris l'élaboration d'un cadre de responsabilisation, afin de pouvoir évaluer le rendement au moyen de modifications aux niveaux d'accès aux services de traitement et d'une réduction des comportements à risque au sein de la population desservie.

Notes en fin de chapitre et liens internet

1 http://www.hc-sc.gc.ca/francais/vsv/environnement/lcpe_apercu.html
2 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/simdut/harmonisation.htm
3 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/spc/pdf/srrlp_complete.pdf
4 http://www.nea.fr/html/rp/inex/index.html
5 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/travail/autres.htm et http://www.enwhp.org
6 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/ftcs/index.html et http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/jeunesse/index.html
7 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tabac/pdf/rip/RIP-FRE.pdf
8 http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/index.htm

Activité de programme — *Règlement sur les produits antiparasitaires*

DÉPENSES PRÉVUES ET ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN (ETP)

(millions de dollars)	Prévisions des dépenses 2004–2005	Dépenses prévues 2005–2006	Dépenses prévues 2006–2007	Dépenses prévues 2007–2008
Dépenses brutes	60,9	**58,4**	58,3	58,2
Moins : revenus disponibles prévus	7,0	**7,0**	7,0	7,0
Dépenses nettes* **	53,9	**51,4**	51,3	51,2
ETP	639	**642**	645	648

* La diminution des dépenses nettes de 2004–2005 à 2005–2006 est principalement due à la contribution ministérielle au milliard de dollars de réallocation du gouvernement fédéral, à un ajustement du taux du régime d'avantages sociaux des employés et à un financement unique en 2004–2005 pour une nouvelle inscription au contrôle des produits antiparasitaires et la prise de décision. La diminution des dépenses nettes de 2005–2006 à 2007–2008 est principalement due à la contribution ministérielle au milliard de dollars de réallocation du gouvernement fédéral.

** Les chiffres comprennent un montant pour d'autres coûts d'infrastructure ministérielle et régionale appuyant la réalisation des programmes. Ces coûts sont 12,3 millions de dollars en 2004–2005, de 11,2 millions de dollars en 2005–2006, de 11,0 millions de dollars en 2006–2007 et de 10,8 millions de dollars en 2007–2008.

Description de l'activité

Afin de prévenir les risques inacceptables pour les personnes et l'environnement, Santé Canada règlemente l'importation, la vente et l'utilisation des produits antiparasitaires en vertu de la *Loi sur les produits antiparasitaires* (LPA) et de son Règlement. La portée du travail du ministère est vaste, car elle comprend plus de 5 000 produits antiparasitaires homologués — y compris les herbicides, les insecticides, les fongicides, les agents antimicrobiens, les produits chimiques pour piscines, les agents microbiologiques, les produits de préservation du bois et des matériaux, les insectifuges et les substances répulsives animales, et les appareils de contrôle des insectes et des rongeurs.

Les responsabilités de règlementation en vigueur constituent la majorité du travail dans le cadre de cette activité de programme, dont l'ensemble contribue au résultat stratégique du ministère. En utilisant des approches et des protocoles internationaux acceptés, Santé Canada effectue des évaluations portant sur l'environnement, la valeur et la santé qui sont fondées sur les données probantes. Les produits antiparasitaires sont homologués seulement si les risques pour la santé et l'environnement sont jugés acceptables et si le produit est efficace. Santé Canada établit des limites maximales de résidus de produits antiparasitaires applicables aux aliments en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues*. Les produits antiparasitaires plus anciens sont réévalués en vue d'établir l'acceptabilité de leur utilisation continue dans le cadre des approches scientifiques en vigueur. Santé Canada facilite, encourage et maximise la conformité à la LPA et les conditions d'homologation. Également, Santé Canada développe l'utilisation des produits et des pratiques de gestion durables des

produits antiparasitaires et en fait la promotion en coopération avec les intervenants.

Santé Canada collabore avec d'autres organisations afin de favoriser la prestation de ses programmes et l'atteinte de ses résultats prévus tout en répondant aux besoins spécifiques. Avec le Mexique, les États-Unis et les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le ministère poursuivra ses activités d'harmonisation des approches réglementaires pour l'évaluation des produits antiparasitaires. Le ministère continuera à travailler avec Agriculture et Agroalimentaire Canada en vue d'élaborer des stratégies de réduction des risques pour le secteur agricole, et d'améliorer l'accès à des produits de lutte antiparasitaire spécialisés qui sont des priorités pour les agriculteurs canadiens[1]. Enfin, il continuera d'améliorer la coordination par le gouvernement du Canada des activités de recherche et de réglementation sur les produits antiparasitaires en collaboration avec d'autres ministères du gouvernement fédéral[1].

Au delà de cette base d'activités de réglementation continue, le ministère a précisé certaines priorités spécifiques dans le cadre de cette activité de programme. Les résultats prévus dans le cadre de cette activité de programme sont : la protection de la santé et de l'environnement; l'utilisation accrue des pratiques de gestion et des produits de lutte antiparasitaire; et la confiance accrue du public et des intervenants dans la réglementation portant sur les produits antiparasitaires.

Mise en œuvre de la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires*[2]

La nouvelle LPA a reçu la sanction royale en 2002. On prévoit que le Parlement la proclamera loi en 2005–2006. L'initiative la plus importante dans le cadre de cette activité de programme sera l'élaboration des règlements, des politiques et des procédures nécessaires pour mettre la loi en vigueur.

La nouvelle loi aidera à renforcer la protection de la santé et de l'environnement fournie par la LPA en vigueur. À cette fin, Santé Canada continuera d'intégrer des concepts modernes d'évaluation des risques au processus de réglementation. Par exemple, les principales décisions réglementaires prises dans le cadre de la nouvelle LPA refléteront sous forme de code les pratiques actuelles de tenir particulièrement compte des enfants et des autres groupes vulnérables; elles tiendront également compte de l'exposition aux produits antiparasitaires de toutes les provenances et des effets cumulatifs des produits antiparasitaires qui agissent de la même manière.

La nouvelle LPA aidera également à rendre le système réglementaire plus transparent, et renforcera les contrôles à appliquer après l'homologation. Lorsque la nouvelle LPA sera mise en vigueur, le ministère établiera un registre des produits de lutte antiparasitaire qui comprendra des informations sur les demandes d'homologation, les homologations, les réévaluations et les examens spéciaux. Santé Canada rendra cette information disponible au public, il permettra au public de vérifier les données d'essai confidentielles et établira un processus de réexamen des décisions réglementaires. En 2005–2006, Santé Canada mettra la touche finale au règlement qui exigera que les entreprises de produits antiparasitaires fassent rapport sur les effets néfastes liés à leurs produits. Cette information contribuera à la réévaluation des produits antiparasitaires homologués et pourrait déclencher des examens spéciaux. Santé Canada finalisera également le règlement exigeant que les détenteurs d'homologation fournissent des données sur les ventes de pesticides au cours de cette période. Comme indicateur de l'utilisation de produits antiparasitaires, les données sur les ventes seront intégrées aux évaluations des risques pour la santé et l'environnement fondées sur des données probantes.

Amélioration du rendement

Des efforts continus visant à harmoniser les approches de réglementation des produits antiparasitaires avec les organismes internationaux de réglementation des produits antiparasitaires permettront à Santé Canada de mieux poursuivre les examens conjoints et les accords de partage du travail. La capacité de partager la charge de travail et d'accepter les examens scientifiques d'autres pays

contribuera à un plus grand rendement en matière de réglementation et à un accès plus rapide aux nouvelles technologies antiparasitaires tout en assurant la protection de la santé et de l'environnement. Au cours des quelques prochaines années, le ministère s'attend à accroître la disponibilité des produits agricoles antiparasitaires spécialisés, grâce à des accords de partage du travail avec les États-Unis et d'autres pays. Comme l'industrie a la responsabilité d'élaborer et de présenter les demandes d'homologation, Santé Canada continuera d'encourager l'industrie phytosanitaire à participer à des examens conjoints, à des présentations par voie électronique et à d'autres initiatives mondiales de partage du travail.

Santé Canada a récemment lancé le premier service mondial Internet en vue d'effectuer des transactions réglementaires antiparasitaires. Ce service en direct permettra à l'industrie de présenter des demandes, de fournir des données et de présenter une demande d'homologation de façon sécuritaire. Des améliorations aux systèmes électroniques existants au cours des quelques prochaines années aideront à augmenter le rendement de la gestion des données électroniques, et également à livrer les initiatives en matière de transparence prévues dans la nouvelle LPA.

Informer, consulter et faire participer les Canadiens

La nouvelle loi enchâsse le processus de consultation en vue de décisions importantes sur l'homologation et la réévaluation. En vertu de la nouvelle loi, Santé Canada a le mandat de « sensibiliser le public aux produits antiparasitaires en l'informant, en favorisant son accès aux renseignements pertinents et en encourageant sa participation au processus de prise de décision »[2]. Le ministère renseignera les Canadiens au sujet des pratiques de gestion des produits antiparasitaires et les conseillera sur l'utilisation sécuritaire de ceux-ci. Le ministère publiera les décisions réglementaires proposées, il fournira des évaluations détaillées sur la valeur, l'environnement et la santé, et permettra l'inspection des données non confidentielles. Non seulement le public aura-t-il l'occasion de participer aux décisions réglementaires importantes comme il le fait maintenant, mais il pourra également demander un réexamen de ces décisions ainsi que la tenue d'examens spéciaux des homologations en vigueur. On prévoit que ces initiatives aideront à accroître la transparence des décisions réglementaires, ce qui renforcera la confiance du public envers la réglementation des produits antiparasitaires au Canada.

Page d'accueil de l'ARLA :
http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/index-f.html
Plan stratégique de 2003–2008 de l'ARLA :
http://www.pmra-arla.gc.ca/francais/pdf/plansandreports/pmra_strategicplan2003-2008-f.pdf

Notes en fin de chapitre et liens internet

1 Tableau des initiatives horizontales
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_f.asp

2 *Loi sur les produits antiparasitaires*
http://lois.justice.gc.ca/fr/P-9.01/index.html

Résultat stratégique n° 4 : De meilleurs résultats en matière de santé et réduction des inégalités de santé des Premières nations et Inuits et des autres Canadiens

Activité de programme — *Santé des Premières nations et des Inuits*

DÉPENSES PRÉVUES ET ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN (ETP)

(millions de dollars)	Prévisions des dépenses 2004–2005	Dépenses prévues 2005–2006	Dépenses prévues 2006–2007	Dépenses prévues 2007–2008
Dépenses brutes	1 849,3	**1 869,1**	1 906,8	1 933,5
Moins : revenus disponibles prévus	5,5	5,5	5,5	5,5
Dépenses nettes* **	1 843,8	**1 863,6**	1 901,3	1 928,0
ETP	2 550	2 588	2 602	2 590

* L'augmentation des dépenses nettes de 2004–2005 à 2005–2006 est principalement due à l'augmentation reliée à la croissance de l'enveloppe budgétaire des Autochtones, à la viabilité du système de santé des Premières nations et des Inuits et à la mise en œuvre de la Stratégie de gestion des eaux des Premières nations. Ces augmentations sont partiellement compensées par les diminutions reliées à la mesure de temporisation de la Stratégie canadienne sur le diabète et de la Stratégie globale de guérison des Innus du Labrador, à une contribution unique en 2004–2005 à la province de l'Ontario pour la construction du Centre de santé Meno-Ya-Win, à un financement unique en 2004–2005 pour les soins de santé non assurés et à une contribution au milliard de dollars de l'exercice de réallocation du gouvernement fédéral. Le Budget 2005 indique un nouveau financement pour certaines activités temporarisées. Veuillez consulter la Section 4 pour de plus amples détails sur ce budget. L'augmentation des dépenses nettes de 2005–2006 à 2006–2007 est principalement due à l'augmentation reliée à la croissance de l'enveloppe budgétaire des Autochtones, à la mise en œuvre de la Stratégie de gestion des eaux des Premières nations et à la viabilité du système de santé des Premières nations et des Inuits. Ces augmentations sont partiellement compensées par une contribution au milliard de dollars de l'exercice de réallocation du gouvernement fédéral. L'augmentation nette de 2006–2007 à 2007–2008 est principalement due à la croissance de l'enveloppe budgétaire des Autochtones. Cette augmentation est partiellement compensée par la mesure de temporisation de l'initiative du cadre de règlement des pensionnats indiens.

** Les chiffres comprennent un montant pour d'autres coûts d'infrastructure ministérielle et régionale appuyant la réalisation des programmes. Ces coûts sont 113,8 millions de dollars en 2004–2005, de 106,3 millions de dollars en 2005–2006, de 108,4 millions de dollars en 2006–2007 et de 107,0 millions de dollars en 2007–2008.

Description de l'activité

Les objectifs de l'activité de programme de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada comprennent l'amélioration des résultats pour la santé; l'assurance de la disponibilité de services de santé de qualité et de l'accès à ces services; et l'appui en faveur d'un plus grand contrôle du système de santé par les Premières nations et les Inuits.

Sous cette activité de programme, Santé Canada gère maintenant une vaste gamme de programmes qui se poursuivront en 2005–2006. Le ministère fournira des services de soins de santé primaires au moyen de postes de soins infirmiers et de centres de santé communautaires dans les communautés éloignées ou isolées qui viennent s'ajouter aux services offerts par les autorités provinciales, territoriales et régionales en matière de santé et qui servent à les appuyer. En raison de l'isolement des communautés des Premières nations et des Inuits au nord du 60e parallèle, les infirmières en santé communautaire répondront également aux besoins en soins de santé non urgents. Ces services seront enrichis par des programmes de soins de santé à domicile et communautaires et des programmes et activités qui portent sur les maladies buccales. La couverture des soins de santé non assurés de Santé Canada en matière de médicaments, de soins dentaires et oculaires, de fournitures et de matériels

médicaux, d'interventions d'urgence en services de santé mentale et de transport à des fins médicales sera disponible à tous les 749 000 Indiens inscrits et Inuits reconnus au Canada, peu importe leur lieu de résidence au pays.

Santé Canada continuera à appuyer les programmes de promotion de la santé ciblés pour les Autochtones, peu importe leur lieu de résidence (par exemple, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones), ainsi que les services de counselling, de soutien de la santé des enfants et des mères, de toxicomanie et de mieux-être mental[1]. D'autres programmes appuieront l'élaboration et la mise en œuvre d'activités de promotion de choix de modes de vie sains, contribuant ainsi à la prévention de maladies chroniques et de blessures. Les programmes actuels portant sur les maladies transmissibles cibleront les maladies évitables et mettront en œuvre des mesures visant à gérer, à endiguer et à contrôler les risques de maladies tels que la tuberculose et le VIH/sida. Le programme de santé environnementale et de recherche vise à réduire le risque d'exposition aux dangers environnementaux dans les communautés des Premières nations et des Inuits et à améliorer la capacité communautaire de mise en œuvre des mesures de gestion, d'endiguement et de contrôle de ces risques.

Le ministère poursuivra l'intégration des principes de gestion de l'environnement et du développement durable aux programmes des établissements de santé et d'immobilisation et de la santé environnementale et de la recherche et à d'autres secteurs de programmes.

Le ministère fait face à plusieurs des mêmes défis que ceux des autres systèmes de santé canadiens, tels que la croissance des coûts, les pénuries de main-d'œuvre dans le domaine de la santé. De plus, le système de soins de santé des Premières nations et des Inuits fait face à d'autres défis comme la croissance des populations accompagnée d'un fardeau de maladie dont le taux est plus élevé et des populations vivant surtout dans des régions éloignées et rurales du pays.

Étant donné ces défis, Santé Canada examinera les évaluations prévues pour plusieurs de ses programmes en vue de relever certains domaines à améliorer. Conformément à sa politique d'évaluation relative aux Premières nations et Inuits, Santé Canada prévoit examiner ou évaluer le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits, l'Initiative d'intégration de la santé et la Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations. Au plan régional, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones comprendra un projet de processus d'évaluation communautaire pilote au Manitoba et au Québec. Enfin, comme initiative relativement nouvelle, le Programme de soutien en santé mentale des pensionnats indiens fera l'objet d'une évaluation formative.

Selon son évaluation des besoins et afin de mettre en œuvre les engagements du gouvernement du Canada, le ministère a relevé plusieurs points d'intervention prioritaires en 2005–2006 qui porteront sur l'amélioration des résultats pour la santé des Autochtones.

Mise en œuvre des engagements des premiers ministres en matière de santé autochtone

En septembre 2004, les premiers ministres et les chefs autochtones se sont réunis afin de discuter d'actions communes en vue d'améliorer l'état de santé des Autochtones et d'adopter des mesures en vue de répondre aux disparités liées à l'état de santé de cette population. Les premiers ministres et les chefs autochtones ont convenu de travailler ensemble afin d'élaborer un plan détaillé en vue d'améliorer l'état de santé et les services de santé des Autochtones au Canada. De plus, le gouvernement du Canada a annoncé un financement de 700 millions de dollars pour de nouvelles initiatives qui traiteront des aspects urgents et critiques d'un plan à plus long terme. Ces initiatives comprenaient un Fonds pour l'adaptation des services de santé à l'intention des Autochtones permettant aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et aux communautés de chercher de nouveaux moyens d'intégrer et d'adapter

En partenariat avec la province de la Nouvelle-Écosse, Affaires indiennes et du Nord Canada et les Chefs des Premières nations de la Nouvelle-Écosse, Santé Canada appuie l'initiative Mi'kmaq Youth, Recreation and Active Circle of Living. Un des volets de cette initiative comprend l'élaboration d'outils en vue d'appuyer le personnel en santé communautaire dans la promotion de comportements sains tels que la vie active et manger sainement.

les services de santé actuels, afin de mieux satisfaire aux besoins de tous les Autochtones et une Initiative pour les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) afin d'accroître le nombre d'Autochtones qui choisiront des professions en soins de santé; d'adapter les présents programmes d'études des professionnels de la santé afin de leur donner un objectif culturel plus approprié; et d'améliorer le maintien en poste des travailleurs de la santé qui desservent tous les Autochtones. Le financement viendra également appuyer les programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie en mettant l'accent sur la prévention du suicide, du diabète, sur la santé des mères et des enfants et sur le développement de la petite enfance.

En 2005–2006, Santé Canada mettra en œuvre ces engagements et ce financement. Par exemple, en ce qui a trait à l'IRHSA, le ministère consultera ses partenaires et ses intervenants, il créera une structure de programme et commencera à mettre en œuvre des activités. Ces efforts seront intégrés à des processus de ressources humaines fédéraux, provinciaux et territoriaux plus étendus dans le domaine de la santé.

Réponse aux priorités de santé de la petite enfance

Le nouveau financement annoncé en septembre 2004 aidera également à améliorer le continuum de services déjà en croissance de Santé Canada qui appuient les mères, les enfants et les familles autochtones à compter de la période précédant la grossesse jusqu'au moment où l'enfant fréquente l'école. Ces services améliorés continuent à favoriser la poursuite de l'objectif de croissance, de développement et de résultats de santé pour les nourrissons, les enfants et les mères autochtones en vue d'atteindre les niveaux obtenus par les Canadiens non autochtones[5].

Un enjeu distinct d'importance aux objectifs de santé des enfants sera le travail du ministère en vue d'augmenter le taux de couverture d'immunisation des enfants dans les réserves et de réduire la fréquence plus élevée des maladies et des complications connexes évitables au moyen de vaccins. Pour y arriver, le ministère fournira un accès à des vaccins ciblés pour les populations vivant dans les réserves.

Interventions quant aux menaces majeures à la santé des Autochtones

En plus de continuer à mettre l'accent sur les maladies chroniques et transmissibles au cours de l'année 2005–2006, Santé Canada étendra la programmation reliée au diabète chez les Autochtones grâce à un nouveau financement, en vue de mieux les sensibiliser à des comportements sains tels que manger sainement et mener une vie active et à un accès amélioré à des services de soins en diabète appropriés. Au fil du temps, ces améliroations contribueront à réduire les disparités de santé reliées au diabète entre les adultes autochtones et non autochtones. Dans le cadre de cet exercice, le ministère fournira du financement additionnel pour la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits afin d'augmenter

Dans le but d'aider au développement des capacités, Santé Canada fait la promotion de la carrière d'agent d'hygiène du milieu au sein des communautés des Premières nations francophones du Québec. Santé Canada a participé à l'élaboration d'une formation de 4 ans en hygiène du milieu à l'intention des membres de ces communautés. Celle-ci sera dispensée à compter de 2005 en collaboration avec le campus de Bathurst du Collège communautaire du Nouveau-Brunswick.

Santé Canada, les gouvernements provinciaux et les organismes de réglementation professionnelle dans la région de l'Atlantique entreprendront un projet qui aura comme résultat l'établissement d'un ensemble complet et intégré de normes, de politiques et de lignes directrices visant la prestation des soins infirmiers communautaires dans les communautés des Premières nations.

leur sensibilisation au tabagisme comme élément contributif au développement de plusieurs maladies chroniques, y compris le diabète.

Il y a un fardeau croissant de maladies dans les communautés des Premières nations et des Inuits, en dépit d'efforts continus pour combattre le VIH/sida. En 2005–2006, Santé Canada terminera le volet Premières nations et Inuits de sa stratégie canadienne en matière de VIH/sida. La stratégie comprendra des consultations auprès des Premières nations et des Inuits sur la planification et la mise en œuvre du programme, l'élaboration de lignes directrices et de mécanismes nationaux en temps opportun reliés au financement, le développement d'une infrastructure régionale et l'appui des communautés en vue d'une intervention autochtone nationale. Un plan d'action sera élaboré afin d'assurer la poursuite du programme en vue de réduire la fréquence du VIH/sida dans les communautés des Premières nations et des Inuits.

Appui à des services de santé efficaces dans les communautés des Premières nations et des Inuits

Tel que noté dans l'introduction, les services de soins infirmiers sont un service essentiel dans plusieurs communautés éloignées ou isolées des Premières nations et des Inuits. Afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité, l'efficacité et l'intégration de ces services de santé, le ministère continuera à mettre en œuvre sa stratégie détaillée de transformation des soins infirmiers. Le ministère investira 55,4 M$ au cours des trois prochaines années afin d'ajouter plus de 120 nouveaux postes, dont 74 postes de soins infirmiers. Le ministère prévoiera également des rôles plus spécialisés pour les infirmières dans ces postes de première ligne.

Pour améliorer sa capacité de recrutement et de maintien en poste des infirmières ayant les compétences nécessaires, le ministère appuiera leur perfectionnement professionnel et leur apprentissage permanent. En partenariat ave la profession infirmière, Santé Canada contribuera à l'établissement d'un portail Web national en soins infirmiers qui fournira de l'information aux infirmières en régions rurales et éloignées dont elles ont besoin pour appuyer les soins infirmiers et la pratique fondée sur des données probantes et pour éliminer l'isolement professionnel.

Le programme des établissements de santé et d'immobilisation de Santé Canada appuie la construction, les services d'exploitation et d'entretien des établissements de santé et des résidences d'employés dans les réserves. En 2005–2006, Santé Canada investira 7 millions de dollars pour construire ou agrandir neuf établissements de santé. Le ministère prévoit également dépenser 7,6 millions de dollars pour seize unités résidentielles en vue d'améliorer les conditions de vie et de travail du personnel en soins infirmiers. Il s'agit là d'un élément clé du ministère dans son recrutement et maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits a permis l'établissement de services de soins à domicile dans environ 90 % des communautés des Premières nations et des Inuits. En plus d'une évaluation des soins à domicile et en milieu communautaire qui sera complétée d'ici mars 2006 et qui aidera le ministère à améliorer ses services de soins à domicile et de soins prolongés, Santé Canada travaillera avec le Programme d'aide à la vie autonome du ministère des Affaires indiennes et du Nord (MAINC) et certains partenaires des Premières nations et des Inuits à relever certaines lacunes dans les services communautaires de soins prolongés et à explorer certaines options potentielles afin de corriger ces lacunes. Cela permettra au ministère de mettre au point un cadre de politique de soins prolongés en 2005.

Dans le budget fédéral de 2003, on a annoncé un financement de 600 millions de dollars sur cinq ans, à compter de 2003–2004, pour la mise en œuvre de la stratégie de gestion de l'eau des Premières nations par le MAINC et Santé Canada en vue d'améliorer, d'entretenir et de surveiller les systèmes d'eau et d'eau usée dans les réserves des Premières nations. Cette stratégie se voulait une réponse aux évaluations détaillées sur les questions de qualité de l'eau dans les communautés des Premières nations qui avaient démontré des possibilités de risques importants selon les évaluations découlant des lignes directrices fédérales, provinciales et territoriales. Le ministère continuera à utiliser les 116 millions de dollars alloués par le ministère afin d'augmenter la fréquence des activités de surveillance de la qualité de l'eau potable dans les communautés des Premières nations en vue d'atteindre certaines normes nationales recommandées, d'augmenter le nombre de communautés des Premières nations à disposer de nécessaires d'essais et de trousses d'échantillonnage d'eau sur les lieux et de fournir de la formation en vue d'augmenter la capacité des communautés des Premières nations de vérifier et d'échantillonner la qualité de l'eau potable. D'ici 2006, le ministère sera en mesure d'atteindre les normes nationales recommandées pour la surveillance de la qualité de l'eau qui aura comme résultat une confiance accrue chez les Premières nations dans la qualité de leur eau potable.

Notes en fin de chapitre et liens internet

1 Comprennent les programmes suivants : Grandir ensemble; Pour des communautés en bonne santé; Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes; Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits; Stratégie globale de guérison des Innus du Labrador; et Programme de soutien en santé mentale des pensionnats indiens.

2 Comprennent les programmes suivants : Programme d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves, Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale; et Programme canadien de nutrition prénatale.

3

Information additionnelle

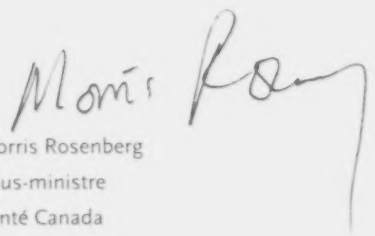
Déclaration de la direction

Je soumets, en vue de son dépôt au Parlement, le Rapport sur les plans et les priorités de 2005–2006 de Santé Canada.

Le document a été préparé conformément aux principes de présentation et aux exigences de déclaration énoncés dans les *Lignes directrices pour la préparation du Rapport sur les plans et les priorités de 2004–2005* :

- Il décrit fidèlement les plans et les priorités de l'organisation.
- Les données sur les dépenses prévues qu'il renferme respectent les consignes données dans le budget du ministre des Finances et par le Secrétariat du Conseil du Trésor.
- Le document est complet et exact.
- Il se fonde sur de bons systèmes d'information et de gestion ministérielle.

La structure de rapport sur laquelle s'appuie le présent document a été approuvée par les ministres du Conseil du Trésor et sert de fondement à la reddition de comptes sur les résultats obtenus au moyen des ressources et des pouvoirs fournis.



Morris Rosenberg
Sous-ministre
Santé Canada
mars 2005

Portefeuille de santé

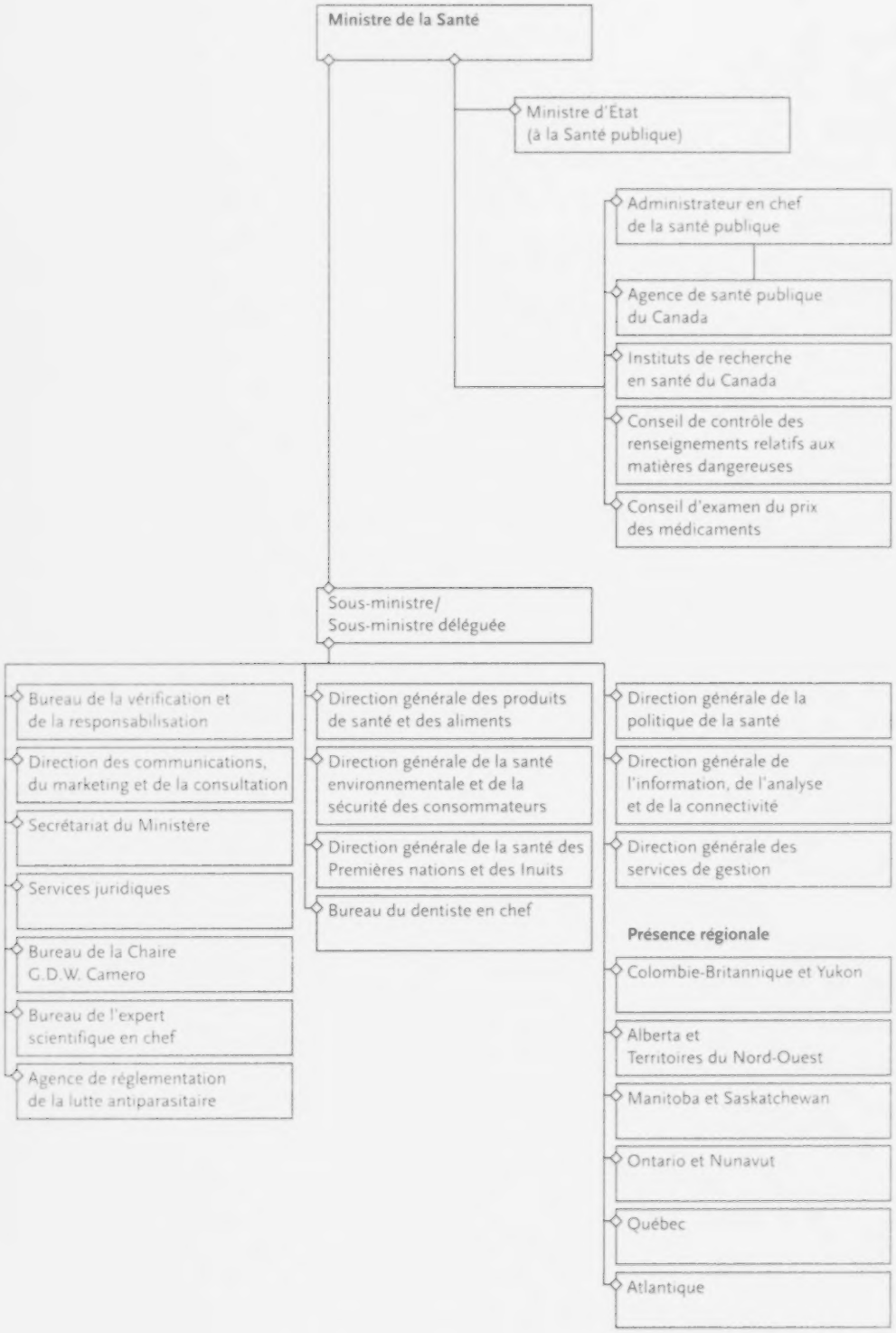


Tableau 1 : Dépenses prévues du ministère et ETP

(millions de dollars)	Prévisions des dépenses 2004–2005[1]	Dépenses prévues 2005–2006	Dépenses prévues 2006–2007	Dépenses prévues 2007–2008
Budgétaire du Budget principal des dépenses	3 232,9	2 924,6	2 684,9	2 696,2
Moins : Revenus disponibles	66,6	68,9	69,1	69,3
Total : Budget principal des dépenses	3 166,3	2 855,7	2 615,8	2 626,9
Rajustements :[2]				
Transfert à l'Agence de santé publique du Canada	-410,3			
Budget supplémentaire des dépenses :				
Report du budget de fonctionnement (poste horizontal)	39,5			
Fonds pour appuyer la construction du Centre de santé de Meno-Ya-Win à Sioux Lookout (Ontario)	37,4			
Fonds pour les initiatives liées à l'Accord de 2003 des premiers ministres (Conseil canadien de la santé, Stratégie en matière de ressources humaines en santé et Supplément de Santé des territoires)	25,0			
Prolongation d'une année des programmes existants de promotion de la santé (Stratégie canadienne sur le diabète et Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C)	18,4			
Fonds consacrés aux programmes de publicité du gouvernement (poste horizontal)	15,8			
Réalignement des ressources à l'appui du transfert continu des responsabilités en matière de services de santé non assurés aux Premières nations	9,5			
Activités visant à atténuer l'incidence de la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) (poste horizontal)	8,0	6,2		
Réalignement des ressources afin d'acheter des médicaments antiviraux et de financer des activités opérationnelles, telles que les pré-évaluations et des évaluations à l'appui des programmes de subventions et de contributions du Ministère	7,6			
Évaluation, gestion et assainissement des sites fédéraux contaminés (poste horizontal)	5,7			
Fonds supplémentaires afin de corriger les lacunes en santé publique et pour jeter les bases pour la création de l'Agence de santé publique du Canada	5,5			
Fonds pour offrir des programmes et des services fédéraux à deux communautés innues du Labrador, y compris la santé et les services de police communautaires (Stratégie globale de guérison des Innus du Labrador) (poste horizontal)	5,3			

Tableau 1 : (suite)

(millions de dollars)	Prévisions des dépenses 2004–2005[1]	Dépenses prévues 2005–2006	Dépenses prévues 2006–2007	Dépenses prévues 2007–2008
Fonds supplémentaires destinés au Programme d'Accès aux médicaments qui contribue à promouvoir l'accès aux médicaments dans les pays les moins développés pour le traitement du VIH/sida, du paludisme, de la tuberculose et d'autres épidémies	1,4	3,3	3,7	3,3
Fonds pour améliorer les initiatives à l'appui soutien de la Stratégie canadienne pour le VIH/sida (poste horizontal)	0,5	2,0	2,7	3,0
Fonds pour des initiatives sur les questions de développement durable d'importance mondiale (poste horizontal)	0,1			
Initiatives visant la mise en œuvre d'une infrastructure électronique commune et d'une stratégie de prestation des services multimodale (Gouvernement en direct) (poste horizontal)	0,1			
Fonds liés au développement des collectivités minoritaires de langue officielle (Partenariat interministériel avec les communautés de langue officielle) (poste horizontal)	0,1			
Fonds pour moderniser la gestion des ressources humaines dans la fonction publique fédérale (*Loi sur la modernisation de la fonction publique*) (poste horizontal)	0,1			
Moins : Autorisations de dépenser disponibles	-63,7			
Moins : Autorisations de dépenser liées à l'initiative de réaffectation des fonds à l'échelle gouvernementale	-3,7			
Autres ajustements :				
Conventions collectives	17,1			
Annulation du Règlement sur les droits des services de radiodosimétrie et Révision de la structure des services et des droits pour le produit des Services de dosimétrie nationaux	0,2			
Stratégie canadienne en matière de biotechnologie — Recherche basée sur la génomique		4,0	4,0	4,0
Mise sur pied de l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée		7,1	5,6	3,8
Réforme concernant le cannabis — services d'analyse des drogues		0,7	0,7	0,7
Moins : Autorisations de dépenser disponibles	-35,0			

Tableau 1 : (suite)

(millions de dollars)	Prévisions des dépenses 2004–2005[1]	Dépenses prévues 2005–2006	Dépenses prévues 2006–2007	Dépenses prévues 2007–2008
Total des rajustements	-315,4	23,3	16,7	14,8
Net des dépenses prévues[2]	**2 850,9**	**2 879,0**	**2 632,5**	**2 641,7**
Annonces du Budget 2005 :				
Initiatives du Budget 2005[4]		148,5	240,0	330,0
Comité d'examen des dépenses[5]				
Initiatives du ministère		-16,5	-28,1	-50,5
Économies à l'échelle du gouvernement — approvisionnement		-3,6		
Total net des dépenses prévues	**2 850,9**	**3 007,4**	**2 844,4**	**2 921,2**
Moins : Revenus non disponibles	8,8	8,9	8,9	8,9
Plus : Coût des services reçus à titre gracieux[6]	75,1	76,5	78,3	78,0
Coûts nets du programme	**2 917,2**	**3 075,0**	**2 913,8**	**2 990,3**
Équivalents temps plein[7]	**7 993**	**8 123**	**8 082**	**8 037**

(1) Reflète la meilleure prévision du total net des dépenses prévues jusqu'à la fin de l'exercice.
(2) Les rajustements reflètent les budgets supplémentaires des dépenses pour 2004–2005 et les approbations des exercices futurs non reflétés dans le budget principal des dépenses de 2005–2006.
(3) Voir la Section 2 pour l'explication par activité de programme des fluctuations d'une année à l'autre.
(4) Ce changement reflète les modifications apportées aux dépenses prévues de programmes pour la prochaine période de planification par suite des annonces du Budget 2005. Les renseignements du Budget de 2005 se trouvent à la section 4.
(5) Ce changement reflète les réductions des dépenses prévues du ministère par suite de l'exercice d'examen des dépenses du comité d'examen des dépenses qui ont été annoncées dans le Budget de 2005. De plus amples renseignements seront fournis dans le prochain Budget supplémentaire des dépenses.
(6) Inclut les services suivants reçus à titre gracieux : locaux fournis (Travaux publics et Services gouvernementaux Canada); contributions de l'employeur aux primes d'assurance des employés et dépenses payées (Secrétariat du Conseil du Trésor); indemnisation des victimes d'accident du travail assurée (Développement social Canada); et services juridiques (Justice Canada).
(7) Les équivalents plein temps reflètent les ressources humaines utilisées par le Ministère pour livrer ses programmes et services. Ce chiffre est basé sur un calcul qui tient compte de l'emploi à plein temps, à période déterminée et occasionnel, et d'autres facteurs, comme le partage d'emploi.

Tableau 2 : Activité de programmes pour 2005–2006 (en millions de dollars)

Activité de programme	Fonctionnement	Immobilisations	Subventions et contributions	Dépenses brutes	Revenus disponibles	Total pour le Budget principal	Rajustements (dépenses prévues non indiquées dans le Budget principal)	Total des dépenses prévues
Politique, planification et information en matière de santé	95,3	—	353,1	448,4	—	448,4	7,9	456,3
Produits de santé et des aliments	251,0	1,4	9,9	262,3	(41,2)	221,1	12,9	234,0
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	236,8	1,0	50,0	287,8	(15,2)	272,6	1,1	273,7
Règlement sur les produits antiparasitaires	58,3	—	—	58,3	(7,0)	51,3	0,1	51,4
Santé des Premières nations et des Inuits	1 077,5	1,5	788,8	1 867,8	(5,5)	1 862,3	1,3	1 863,6
Total	1 718,9	3,9	1 201,8	2 924,6	(68,9)	2 855,7	23,3	2 879,0

Tableau 3 : Crédits et postes législatifs énumérés dans le Budget principal des dépenses

(en millions de dollars)

2005–2006			
Crédit ou poste législatif	Crédit tronqué ou libellé réglementaire	Budget principal actuel	Budget principal antérieur
1	Dépenses de fonctionnement	1 552,6	1 702,4
5	Subventions et contributions	1 201,8	1 343,8
(S)	Ministre de la Santé — traitement et allocation pour automobile	0,1	0,1
(S)	Contributions aux régimes d'avantages sociaux des employés	101,2	120,0
	Total ministère	2 855,7	3 166,3

Les principales différences entre l'année actuelle et l'année précédente sont : une réduction de 359 millions de dollars liés au transfert de ressources de Santé Canada à la nouvelle Agence de santé publique du Canada, suite à sa création; une augmentation de 47 millions de dollars liés à la viabilité du système de santé des Premières nations et des Inuits.

Tableau 4 : Coût net du ministère pour 2005–2006 (en millions de dollars)	
Dépenses brutes prévues (Budget principal des dépenses brut plus rajustements)	2 947.9
Initiatives du Budget de 2005*	148,5
Comité d'examen des dépenses**	
Initiatives du ministère	-16,5
Économies à l'échelle du gouvernement — approvisionnement	-3,6
Total des dépenses brutes prévues	3 076,3
Plus : Services reçus à titre gracieux	
Locaux fournis par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC)	31,1
Contributions couvrant la part de l'employeur aux primes d'assurance des employés et dépenses payées par le Secrétariat du Conseil du Trésor	41,1
Indemnisation des victimes d'accidents du travail assurée par Développement social Canada	0,8
Salaires et dépenses connexes liés aux services juridiques fournis par Justice Canada	3,5
Moins : Revenus disponibles	68,9
Moins : Revenus non disponibles	8,9
Coût net du ministère en 2005–2006	3 075,0

* Ce changement reflète les modifications apportées aux dépenses prévues de programmes pour la prochaine période de planification par suite des annonces du Budget 2005. Les renseignements du Budget de 2005 se trouvent à la section 4.

** Ce changement reflète les réductions des dépenses prévues du ministère par suite de l'exercise d'examen des dépenses du comité d'examen des dépenses qui ont été annoncées dans le Budget de 2005. De plus amples renseignements seront fournis dans le prochain Budget supplémentaire des dépenses.

Tableau 5 : Sources des revenus disponibles et des revenus non disponibles

Revenus disponibles
(en millions de dollars)

Activité de programme	Prévision des revenus 2004–2005	Revenus prévues 2005–2006	Revenus prévues 2006–2007	Revenus prévues 2007–2008
Produits de santé et aliments	41,2	41,2	41,2	41,2
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	13,8	15,2	15,4	15,6
Règlement sur les produits antiparasitaires	7,0	7,0	7,0	7,0
Santé des Premières nations et des Inuits	5,5	5,5	5,5	5,5
Total des revenus disponibles	**67,5**	**68,9**	**69,1**	**69,3**

Revenus non disponibles
(en millions of dollars)

Activité de programme	Prévision des revenus 2004–2005	Revenus prévues 2005–2006	Revenus prévues 2006–2007	Revenus prévues 2007–2008
Produits de santé et aliments	3,9	3,9	3,9	3,9
Santé environnementale et sécurité des consommateurs	1,6	1,7	1,7	1,7
Règlement sur les produits antiparasitaires	1,0	1,0	1,0	1,0
Santé des Premières nations et des Inuits	2,3	2,3	2,3	2,3
Total des revenus non disponibles	**8,8**	**8,9**	**8,9**	**8,9**
Total des revenus disponibles et non disponibles	**76,3**	**77,8**	**78,0**	**78,2**

Tableau 6 : Besoins de ressources par direction générale et par activité de programme
(en millions de dollars)

2005–2006						
	Activité de programme					
Direction générale	Politique, planification et information en matière de santé	Produits de santé et aliments	Santé environnementale et sécurité des consommateurs	Règlement sur les produits antiparasitaires	Santé des Premières nations et des Inuits	Total des dépenses prévues
Direction générale de la politique de la santé	399,4					399,4
Direction générale des produits de santé et aliments		184,2				184,2
Direction générale de la santé environnementale et sécurité des consommateurs			223,6			223,6
Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire				40,2		40,2
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits					1 757,3	1 757,3
Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité	42,6	10,9	11,0	2,5	19,0	86,0
Direction générale des services de gestion	7,6	20,3	20,5	4,6	38,1	91,1
Bureau exécutif du ministère*	6,7	18,6	18,6	4,1	49,2	97,2
Total	456,3	234,0	273,7	51,4	1 863,6	2 879,0

* Comprend les secteurs comme les communications, les services juridiques, le Bureau de l'expert scientifique en chef, le Bureau de la vérification et de la responsabilisation, les bureaux exécutifs et les bureaux des directeurs généraux régionaux.

Tableau 7 : Principales initiatives réglementaires

ACTIVITÉ DE PROGRAMME : POLITIQUE, PLANIFICATION ET INFORMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ	
Règlement	**Résultats prévus**
Règlement concernant l'article 8 de la *Loi concernant la procréation assistée* (consentement) et la définition d'un donneur d'embryon *in vitro*.	Le matériel reproductif humain et les embryons *in vitro* ne sont utilisés qu'avec le consentement écrit du donneur. Le principe du consentement libre et éclairé est promu et appliqué comme condition fondamentale des techniques de procréation.
ACTIVITÉ DE PROGRAMME : PRODUITS DE SANTÉ ET DES ALIMENTS	
Règlement	**Résultats prévus**
Loi sur les aliments et drogues — Mettre en œuvre les phases I et II du cadre de réglementation sur la sécurité des cellules, des tissus et des organes destinés à la transplantation.	Le nouveau règlement vise à mettre en équilibre le besoin de cellules, d'organes et de tissus sains de haute qualité avec celui d'assurer la disponibilité de cellules, de tissus et d'organes destinés à la transplantation. La Phase I du règlement porte sur les exigences de sécurité de base pour les cellules, les organes et les tissus humains. La Phase II du règlement comprend les exigences de présentation de rapports sur les événements indésirables et une stratégie sur l'application et la conformité.
Modification au Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné à la reproduction assistée (Règlement sur le sperme).	La modification proposée reflète les présentes normes de sécurité pour le sperme destiné à la reproduction assistée.
Règlement sur les aliments et drogues — Modification des dispositions portant sur la plasmaphérèse sous le Titre 4, Partie C.	Le règlement modifié reflète les méthodes et pratiques actuelles de cueillette du plasma humain et la liste des maladies transmissibles qu'il faut tester afin de maximiser la sécurité du plasma et des donneurs.
Loi sur les aliments et drogues — Nouveau règlement portant sur le sang et les composants sanguins destinés à la transfusion.	Le nouveau règlement vise à mettre en équilibre le besoin en sang et en composants de sang sans danger avec celui d'assurer la disponibilité de sang et de composants de sang destinés aux transfusions. Le nouveau règlement comprend des exigences de sécurité de base, de présentation de rapports sur les événements indésirables et une stratégie sur l'application et la conformité.
Règlement sur les aliments et drogues — Modification du Titre 3, Partie C en vue d'obtenir une exemption de l'exigence de déposer une demande d'essai clinique pour certaines études radiopharmaceutiques.	Le règlement modifié vise à éliminer le fardeau réglementaire d'effectuer certaines études de recherche de base limitées tout en aidant à s'assurer de ne pas compromettre la sécurité des patients.
Règlement sur les aliments et drogues (Ajout de vitamines et de minéraux aux aliments)	Révision du règlement sur l'ajout de vitamines et de minéraux aux aliments tenant compte du rôle de l'ajout d'agents nutritifs aux aliments, des besoins et des attentes des consommateurs et des demandes de l'industrie.
Règlement sur les aliments et drogues (Amélioration de l'étiquetage)	L'étiquetage obligatoire d'allergènes alimentaires spécifiques, des sources de gluten et des sulfites lorsqu'ils sont présents à 10 parties par million ou plus, sur les étiquettes des produits alimentaires préemballés, peu importe s'ils ont été ajoutés directement ou indirectement.
Règlement sur les aliments et drogues (Étiquetage obligatoire de la viande hachée ou de la viande de volaille hachée crue)	Réduction des maladies d'origine alimentaire résultant de la présentation d'une information sans danger en matière de traitement sur les étiquettes de ces produits.

Tableau 7 : (suite)	
Règlement sur les aliments et drogues (Saccharine)	Disponibilité d'un autre édulcorant intense permettant ainsi une gamme plus vaste de produits alimentaires diététiques pour le consommateur qui désire utiliser ces produits.
Règlement sur les aliments et drogues (Caféine)	Autres boissons contenant de la caféine ajoutée et plus d'information sur la teneur en caféine de ces produits permettant ainsi aux consommateurs de faire un choix éclairé sur leur ingestion de caféine.
Règlement sur les aliments et drogues (Irradiation des aliments)	Usage facultatif du processus d'irradiation des aliments pour le bœuf haché, la volaille, les crevettes et les mangues en vue de contrôler les agents pathogènes, de réduire la charge microbienne et les invasions d'insectes et de prolonger la durée de conservation.
Règlement sur les aliments et drogues (Révisions du Titre 12 — Produits d'eau et de glace préemballés)	Modernisation et augmentation des exigences de l'étiquetage et de la sécurité pour les produits d'eau et de glace préemballés en vertu du Règlement sur les aliments et drogues.
Règlement sur l'évaluation environnementale	À Santé Canada, on a entrepris l'élaboration d'un nouveau règlement sur l'évaluation environnementale devant régir environ 9 000 substances qu'on retrouve dans les produits réglementés par la *Loi sur les aliments et drogues*. On a longuement consulté les intervenants dans l'industrie, les groupes environnementaux et les scientifiques pour les sensibiliser à la question et obtenir leur participation. La prochaine ronde de consultations touchera principalement les nombreuses options de réglementation présentées dans un document d'analyse des options. On continuera ainsi d'appuyer la recherche scientifique dans les domaines connexes afin que les résultats qui en découleront viennent appuyer l'approche réglementaire et permettent d'identifier les pratiques exemplaires à ce niveau. Le nouveau cadre de réglementation fera en sorte que les substances contenues dans les produits réglementés par la *Loi sur les aliments et drogues* soient conformes à la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (1999).
Règlement sur les aliments et drogues — Modifications de routine en vue de mettre à jour l'Annexe F du Règlement sur les aliments et drogues	Révisions appropriées de l'Annexe F afin de répondre aux exigences de commercialisation des drogues pour lesquelles un avis de conformité a été émis.
Règlement sur les instruments médicaux — Exclusion de certains tissus du Règlement sur les instruments médicaux	Le Règlement sur les instruments médicaux est modifié en vue d'exclure certains tissus qui seront réglementés sous le cadre de réglementation proposé en vue d'assurer la sécurité de la fabrication et de l'utilisation des cellules, des tissus et des organes (CTO). Cette modification doit être coordonnée avec la mise en vigueur du règlement sur les CTO.

Tableau 7 : (suite)	
Règlement sur les aliments et drogues — Modification des dispositions sur la protection des données, sous le Titre 8	Les dispositions sur la protection des données du Règlement sur les aliments et drogues sont modifiées afin de protéger efficacement les données pendant une période de huit ans, dans le cas de drogues novatrices contenant des ingrédients médicinaux non précédemment approuvés pour la vente au Canada. Une période additionnelle de six mois sera prévue pour les présentations qui comprennent des études pédiatriques conçues et effectuées dans le but d'acquérir des connaissances au sujet des drogues dans les groupes d'âge pédiatriques pour lesquels les drogues peuvent être utilisées.
Règlement sur les aliments et drogues — Modification du Titre 8 en vue de permettre l'émission d'un avis de conformité conditionnel (NOC/c)	Donnera à Santé Canada des moyens législatifs d'accélérer l'accès à de nouvelles pharmacothérapies salutaires fondées sur des données probantes prometteuses d'efficacité clinique. Offrira également les moyens de suivre et de réglementer efficacement les produits après la mise sur le marché et de minimiser la responsabilité légale.
Règlement sur les aliments et drogues — Règlement modifiant le Programme d'accès spécial	Le Programme d'accès spécial en cours permet d'autoriser l'utilisation d'un médicament par un patient individuel. Cette modification permet d'émettre un médicament à un groupe de patients dans certaines circonstances limitées.
Règlement sur les aliments et drogues	Nouvelles limites maximums de résidus ou limites révisées pour les médicaments vétérinaires afin d'assurer la sécurité des produits alimentaires provenant d'animaux traités avec ces médicaments vétérinaires.
Règlement sur les aliments et drogues	Augmenter la portée de l'interdiction sur l'importation de médicaments vétérinaires en y incluant l'importation personnelle de médicaments pour animaux destinés à l'alimentation afin d'éviter la présence de résidus potentiellement dangereux dans les produits alimentaires provenant d'animaux traités avec ces médicaments.
Règlement sur les aliments et drogues	Interdiction de vendre des produits contenant du Carbadox au Canada afin d'éviter la présence de résidus potentiellement dangereux dans les aliments provenant d'animaux traités avec ce médicament.

Tableau 7 : (suite)

ACTIVITÉ DE PROGRAMME : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET SÉCURITÉ DES CONSOMMATEURS	
Règlement	**Résultats prévus**
Règlement en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* afin d'étendre l'autorité des professionnels de la santé visés par le règlement de prescrire des substances contrôlées selon le besoin.	La loi fédérale ne permettra pas aux autorités provinciales ou territoriales de limiter sans raison valable la pratique professionnelle de tout professionnel visé par le règlement, y compris les médecins praticiens, les dentistes, les vétérinaires, les podiatres, les sages-femmes, et les infirmières praticiennes relativement à l'utilisation de substances contrôlées dans le traitement de leurs patients. Ce résultat sera atteint au cours des 2 à 3 prochaines années, soit au fur et à mesure que les règlements fédéraux et des PT seront modifiés. Cela permettra aux professionnels de la santé de prescrire des substances contrôlées en conformité avec les normes en matière de pratiques professionnelles telles que définies par leurs autorités réglementaires. On atteindra les objectifs lorsque la loi fédérale permettra à des professionnels de la santé spécifiques autres que les médecins praticiens, les dentistes, les vétérinaires, d'utiliser ou de prescrire des substances contrôlées que le règlement des PT permet.
Règlement relatif à la publicité sur le tabac	Sensibilisation accrue aux dangers pour la santé liés au tabac en autorisant de nouveaux messages publicitaires en matière de santé. On évaluera la sensibilisation au moyen de sondages.
Règlement sur l'étiquetage des produits du tabac (Révision)	Sensibilisation accrue aux dangers pour la santé liés au tabac en autorisant de nouveaux messages publicitaires en matière de santé portant sur l'emballage. On évaluera la sensibilisation au moyen de sondages.
Règlement sur l'utilisation des descripteurs « légère » et « douce » sur les produits du tabac	Moins de confusion chez les fumeurs au sujet de ces descripteurs. Sensibilisation accrue à l'effet qu'aucune catégorie de cigarettes ne représente une option « plus sûre ». On évaluera les résultats au moyen de sondages.
Règlement sur la promotion du tabac concernant la vente au détail	Moins de visibilité de la promotion sur les produits de tabac concernant la vente au détail. On évaluera les résultats au moyen de sondages.
ACTIVITÉ DE PROGRAMME : RÈGLEMENT SUR LES PRODUITS ANTIPARASITAIRES	
Règlement	**Résultats prévus**
Révision du Règlement sur les produits antiparasitaires actuel à la lumière de la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* (nouvelle LPA)	Le règlement révisé permet d'assurer la conformité de la terminologie à la nouvelle Loi et de retirer du Règlement toutes les dispositions qui font partie de la Loi et en vertu de l'autorité conférée par la nouvelle LPA, de codifier la politique actuelle.
Règlement sur les déclarations des effets néfastes	Le nouveau règlement précise les types de renseignements que doivent déclarer les demandeurs ou les titulaires en vertu de la nouvelle LPA et les échéanciers de déclaration. Il fournit les renseignements en vue de réévaluer et possiblement déclencher un examen spécial, ayant comme résultat le retrait des pesticides et les usages liés à des risques inacceptables. Il contribue à renforcer la protection de la santé et de l'environnement.

Tableau 7 : (suite)	
Règlement du comité d''examen	La nouvelle LPA comprend un processus de réexamen d'importantes décisions relatives à l'homologation par un comité d'examen. Le nouveau règlement précise les détails administratifs de régir du processus de réexamen. Elle contribue à une meilleure participation publique au processus réglementaire, une transparence accrue et une confiance accrue du public et des intervenants envers le règlement sur les pesticides.
Révision du Règlement sur les sanctions administratives pécuniaires en matière d'agriculture et d'agroalimentaire (*Loi sur les produits antiparasitaires* et son règlement)	Le règlement révisé reflète les infractions additionnelles prévues sous la nouvelle Loi et le règlement.
Règlement sur les aliments et drogues (Modifications au Titre 15)	Nouveaux plafonds maximums des résidus ou révision des plafonds pour les pesticides. Le Règlement assure la salubrité des aliments suite à l'usage de ces produits pour les récoltes ou pour les animaux destinés à l'alimentation.
Révision du règlement actuel à la lumière de la nouvelle *Loi sur les produits antiparasitaires* (nouvelle LPA)	Le règlement révisé permet d'assurer la conformité de la terminologie à la nouvelle Loi et de retirer du Règlement toutes les dispositions qui font partie de la Loi et, en vertu de l'autorité conférée par la nouvelle LPA, de codifier la politique actuelle.
Révision du Règlement sur les sanctions administratives pécuniaires en matière d'agriculture et d'agroalimentaire (*Loi sur les produits antiparasitaires* et son règlement)	Le règlement révisé reflète les infractions additionnelles prévues sous la nouvelle Loi et le règlement.
Règlement sur les aliments et drogues (Modifications au Titre 15)	Nouveaux plafonds maximums des résidus ou révision des plafonds pour les pesticides. Le Règlement assure la salubrité des aliments suite à l'usage de ces produits pour les récoltes ou pour les animaux destinés à l'alimentation.

Tableau 8 : Renseignements sur les programmes de paiements de transferts

Au cours des trois prochaines années, Santé Canada gérera les programmes de paiements de transferts de plus de 5 millions $.

2005–2006

- Programme d'information pour la contribution sur la santé
- Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire
- Contributions aux projets de promotion de la santé et de la prévention des maladies des Premières nations et des Inuits et à l'élaboration de projets destinés à aider les Premières nations et les Inuits à prendre en charge leurs services de santé
- Contributions destinées à appuyer des projets pilotes en vue d'évaluer les options relatives au transfert du Programme des services de santé non assurés sous le contrôle des Premières nations et des Inuits
- Contributions versées à des bandes autochtones, à des associations ou à des groupes autochtones ou inuits ou encore à des gouvernements locaux ou territoriaux relatives à des services de santé non assurés
- Paiements à l'Institut de la santé autochtone/au Centre pour l'avancement de la santé des peuples autochtones
- Contributions versées aux Autochtones ou aux Inuits ou en leur nom pour couvrir les coûts de construction, d'expansion ou de rénovation d'hôpitaux et autres établissements et institutions de soins de santé et aussi pour le matériel de soins de santé
- Contribution versée pour l'Initiative d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves
- Contributions au Programme d'immobilisation et d'établissements de santé non ministérielles des Premières nations et des Inuits
- Paiements à des bandes, à des associations ou à des groupes autochtones relatifs au contrôle et à la prestation des services de santé
- Contributions à des services de soins de santé communautaires intégrés autochtones et inuits
- Programme de contributions pour les stratégies et politiques en matière de soins de santé
- Programme de subventions de partenariat entre les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux dans le cadre des politiques et des stratégies en matière de soins de santé
- Subvention proposée au Conseil canadien de la santé
- Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
- Subvention proposée à l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé
- Subvention à l'Institut canadien sur la sécurité des patients
- Programme de recherche sur les politiques en matière de santé
- Supplément à la santé du Nord à l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé
- Programme de contribution pour la santé des femmes
- Programme de contribution au traitement et à la réadaptation à l'intention des personnes abusant de l'alcool et des drogues (TRPAD)
- Contribution au soutien du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CSCCLAT)
- Fonds des initiatives communautaires de la stratégie antidrogue (Vote 5)
- Programme de la lutte au tabagisme
- Contribution au Conseil canadien pour le don et la transplantation
- Subvention à la Société canadienne du sang

Pour obtenir plus d'information sur les programmes de paiements de transfert, consulter le site web suivant : www.tbs-sct.gc.ca/est-pré/estime.asp

Tableau 8 : (suite)

2006–2007

- Programme d'information pour la contribution sur la santé
- Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire
- Contributions aux projets de promotion de la santé et de la prévention des maladies des Premières nations et des Inuits et à l'élaboration de projets destinés à aider les Premières nations et les Inuits à prendre en charge leurs services de santé
- Contributions destinées à appuyer des projets pilotes en vue d'évaluer les options relatives au transfert du Programme des services de santé non assurés sous le contrôle des Premières nations et des Inuits
- Contributions versées à des bandes autochtones, à des associations ou à des groupes autochtones ou inuits ou encore à des gouvernements locaux ou territoriaux relatives à des services de santé non assurés
- Paiements à l'Institut de la santé autochtone/au Centre pour l'avancement de la santé des peuples autochtones
- Contributions versées aux Autochtones ou aux Inuits ou en leur nom pour couvrir les coûts de construction, d'expansion ou de rénovation d'hôpitaux et autres établissements et institutions de soins de santé et aussi pour le matériel de soins de santé
- Contribution versée pour l'Initiative d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves
- Contributions au Programme d'immobilisation et d'établissements de santé non ministérielles des Premières nations et des Inuits
- Paiements à des bandes, à des associations ou à des groupes autochtones relatifs au contrôle et à la prestation des services de santé
- Contributions à des services de soins de santé communautaires intégrés autochtones et inuits
- Programme de contributions pour les stratégies et politiques en matière de soins de santé
- Programme de subventions de partenariat entre les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux dans le cadre des politiques et des stratégies en matière de soins de santé
- Subvention proposée au Conseil canadien de la santé
- Subvention proposée à l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé
- Subvention à l'Institut canadien sur la sécurité des patients
- Programme de recherche sur les politiques en matière de santé
- Programme de contribution pour la santé des femmes
- Programme de contribution au traitement et à la réadaptation à l'intention des personnes abusant de l'alcool et des drogues (TRPAD)
- Contribution au soutien du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CSCCLAT)
- Fonds des initiatives communautaires de la stratégie antidrogue (Vote 5)
- Programme de la lutte au tabagisme
- Contribution au Conseil canadien pour le don et la transplantation

Pour obtenir plus d'information sur les programmes de paiements de transfert, consulter le site web suivant : www.tbs-sct.gc.ca/est-pré/estime.asp

Tableau 8 : (suite)

2007–2008

- Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire
- Contributions aux projets de promotion de la santé et de la prévention des maladies des Premières nations et des Inuits et à l'élaboration de projets destinés à aider les Premières nations et les Inuits à prendre en charge leurs services de santé
- Contributions destinées à appuyer des projets pilotes en vue d'évaluer les options relatives au transfert du Programme des services de santé non assurés sous le contrôle des Premières nations et des Inuits
- Contributions versées à des bandes autochtones, à des associations ou à des groupes autochtones ou inuits ou encore à des gouvernements locaux ou territoriaux relatives à des services de santé non assurés
- Paiements à l'Institut de la santé autochtone/au Centre pour l'avancement de la santé des peuples autochtones
- Contributions versées aux Autochtones ou aux Inuits ou en leur nom pour couvrir les coûts de construction, d'expansion ou de rénovation d'hôpitaux et autres établissements et institutions de soins de santé et aussi pour le matériel de soins de santé
- Contribution versée pour l'Initiative d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves
- Contributions au Programme d'immobilisation et d'établissements de santé non ministérielles des Premières nations et des Inuits
- Paiements à des bandes, à des associations ou à des groupes autochtones relatifs au contrôle et à la prestation des services de santé
- Contributions à des services de soins de santé communautaires intégrés autochtones et inuits
- Programme de contributions pour les stratégies et politiques en matière de soins de santé
- Programme de subventions de partenariat entre les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux dans le cadre des politiques et des stratégies en matière de soins de santé
- Subvention proposée au Conseil canadien de la santé
- Subvention proposée à l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé
- Subvention à l'Institut canadien sur la sécurité des patients
- Programme de recherche sur les politiques en matière de santé
- Programme de contribution pour la santé des femmes
- Programme de contribution au traitement et à la réadaptation à l'intention des personnes abusant de l'alcool et des drogues (TRPAD)
- Contribution au soutien du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CSCCLAT)
- Fonds des initiatives communautaires de la stratégie antidrogue (Vote 5)
- Programme de la lutte au tabagisme
- Contribution au Conseil canadien pour le don et la transplantation

Pour obtenir plus d'information sur les programmes de paiements de transfert, consulter le site web suivant : www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp

Tableau 9 : Fondations (subventions conditionnelles)

Au cours des trois prochaines années, Santé Canada versera des contributions aux fondations suivantes par l'entremise de subventions conditionnelles :

2005–2006

- Inforoute Santé du Canada inc. *(Inforoute)*
- Institut canadien d'information sur la santé
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

2006–2007

- Inforoute Santé du Canada inc. *(Inforoute)*
- Institut canadien d'information sur la santé
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

2007–2008

- Inforoute Santé du Canada inc. *(Inforoute)*
- Institut canadien d'information sur la santé
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Des renseignements supplémentaires sur ces fondations se trouvent à http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimF.asp

Tableau 10 : Initiatives horizontales

Au cours des trois prochaines années, Santé Canada participera aux initiatives horizontales suivantes à titre de ministère responsable ou de partenaire :

2005–2006

- Rechercher la confiance du public dans la réglementation des pesticides et améliorer l'accès aux produits antiparasitaires
- Stratégie canadienne antidrogue
- Stratégie fédérale de développement de la petite enfance autochtone et des Premières nations
- Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques

2006–2007

- Rechercher la confiance du public dans la réglementation des pesticides et améliorer l'accès aux produits antiparasitaires
- Stratégie canadienne antidrogue
- Stratégie fédérale de développement de la petite enfance autochtone et des Premières nations
- Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques

2007–2008

- Rechercher la confiance du public dans la réglementation des pesticides et améliorer l'accès aux produits antiparasitaires
- Stratégie canadienne antidrogue
- Stratégie fédérale de développement de la petite enfance autochtone et des Premières nations
- Stratégie d'accès aux produits thérapeutiques

Des renseignements supplémentaires sur ces initiatives horizontales se trouvent à http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estimF.asp

Autres sujets d'intérêt

4

Faire progresser la science

Afin d'apporter du leadership, de la cohérence et de l'expertise en matière d'orientation stratégique globale des responsabilités et des activités scientifiques de Santé Canada, le ministère a entrepris des initiatives prioritaires dans le domaine des avis scientifiques, des partenariats, de la valorisation et du développement des activités scientifiques.

Le Cadre scientifique de Santé Canada comprend une description de cinq principes scientifiques (harmonisation, liens, excellence, innovation et gouvernance) et vise à aider le ministère à remplir son mandat et à contribuer aux priorités importantes du gouvernement. En 2003–2004, le ministère a établi un inventaire scientifique au sein du ministère. En 2004–2005, le ministère élaborera une politique sur les éléments nécessaire en vue d'intégrer la planification scientifique à la planification ministérielle.

En réponse aux membres de la communauté des sciences sociales de Santé Canada, le Bureau de l'expert scientifique en chef (BESC) dirige également une nouvelle initiative de sciences sociales qui servira de cadre en vue de mieux faire connaître l'apport des sciences sociales au sein du ministère, d'améliorer l'intégration de la collectivité des sciences sociales, et de fournir des possibilités de formation continue afin de s'assurer que les politiques élaborées dans le ministère s'appuient sur les méthodologies les plus à jour.

Sous le leadership du BESC, on a établi un groupe de travail ministériel en vue d'aider et d'informer les scientifiques de Santé Canada qui participent à des ententes de collaboration. Le groupe de travail élaborera une interprétation complète des politiques du Conseil du Trésor et dressera une carte ministérielle pour les scientifiques qui participent à ces ententes.

Afin d'améliorer l'accès aux preuves nécessaires par le ministère afin d'appuyer la prise de décision, l'élaboration de politiques et de règlements, et afin de s'assurer que ses activités scientifiques et de recherche correspondent aux priorités ministérielles et fédérales en matière de politiques scientifiques et technologiques, Santé Canada élaborera une politique visant à gérer ses partenariats scientifiques et de recherche actuels et futurs. Comprendre les nombreux enjeux des politiques scientifiques qui sont de plus en plus complexes et de nature multidisciplinaire et y donner suite de façon efficace requièrent souvent la participation des gouvernements, des universités et du secteur privé, à l'échelle nationale, et souvent à l'échelle internationale. La politique en matière de partenariats scientifiques et de recherche orientera et appuiera les efforts ministériels à relier les activités et à collaborer avec les partenaires scientifiques et de la recherche, à accéder à des sources d'expertise externes tout en orientant sa recherche scientifique interne vers les tâches que le ministère est particulièrement habilité à remplir, et à mesurer les résultats de ses efforts de collaboration scientifique et de recherche.

En plus de ces nouvelles initiatives, le BESC poursuivra ses activités courantes, notamment en coordonnant la participation avec la communauté scientifique et technologique fédérale, en favorisant et en facilitant des partenariats de la recherche, en faisant la promotion et en communiquant la recherche et la science effectuées à Santé Canada et en offrant un appui de propriété intellectuelle grâce au Bureau de développement des activités. Pour développer la capacité de recherche de Santé Canada, le BESC gère un programme de bourse postdoctorales et un concours de projets scientifiques novateurs. Le BESC organise aussi le Forum scientifique de Santé Canada et fournit les services de secrétariat pour le Comité d'éthique de la recherche et le Conseil consultatif des sciences.

Budget 2005 — Points saillants pour Santé Canada

Le 23 février 2005, le ministre des Finances a déposé le budget fédéral. Voici un bref résumé de certains des principaux éléments qui influeront directement sur le travail de Santé Canada.

Soins de santé et protection de la santé

- Dans le cadre du Plan décennal pour consolider les soins de santé, le gouvernement du Canada a annoncé un investissement fédéral supplémentaire de 41,3 milliards de dollars en septembre 2004. Le Budget prévoit 150 millions de dollars de plus sur cinq ans dans le but d'aider les territoires relativement aux coûts liés au transport des patients, de faciliter les réformes à long terme de leurs systèmes de soins de santé et de créer un groupe de travail fédéral-territorial et un secrétariat afin d'améliorer la prestation des soins de santé.
- En plus, le Budget prévoit un montant supplémentaire de 200 millions de dollars sur cinq ans afin d'appuyer la mise en œuvre du Plan décennal comme suit :
  - 75 millions de dollars sur cinq ans pour accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger;
  - 15 millions de dollars sur quatre ans pour des initiatives portant sur les temps d'attente qui viendront s'ajouter et compléter les initiatives provinciales et territoriales;
  - 110 millions de dollars sur cinq ans pour améliorer la cueillette et la présentation de rapports de données sur le rendement en santé.
- Le Budget prévoit un montant supplémentaire de 170 millions de dollars sur cinq ans pour renforcer la sécurité des médicaments, des instruments médicaux et autres produits thérapeutiques. Le financement accroîtra la capacité de Santé Canada d'examiner les demandes d'essais cliniques et de suivre et de donner suite aux rapports d'événements indésirables; de s'assurer que le processus de développement et de fabrication de produits est suivi du point de vue sécurité; d'améliorer les aspects de conformité et de mise en application; et d'aider à établir des règlements efficaces sur la manipulation des cellules, des tissus et des organes.

Santé et environnement

- Le Budget prévoit 90 millions de dollars sur cinq ans afin d'aider le ministère à s'acquitter de ses obligations de premier ordre quant à l'évaluation des risques pour la santé et la protection de la santé en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement*, afin de réduire l'exposition des Canadiens aux substances toxiques.

Santé des Autochtones

- Le Budget a confirmé le montant de financement de 700 millions de dollars sur cinq ans annoncé lors de la rencontre spéciale entre les premiers ministres et les chefs autochtones en septembre 2004. Ce financement sera réparti entre le Fonds pour l'adaptation des soins de santé des Autochtones (200 millions de dollars sur cinq ans), l'Initiative pour les ressources humaines en santé autochtone (100 millions de dollars sur cinq ans) et la promotion de la santé et la prévention de la maladie (400 millions de dollars sur cinq ans).
- De plus, Santé Canada recevra du financement pour sa programmation en développement de la petite enfance (Programme d'aide préscolaire aux Autochtones) pour les enfants des Premières nations dans les réserves. Dans le cadre d'un appui à l'apprentissage précoce et aux soins de garde d'enfants, le Budget prévoit un autre 100 millions de dollars sur les cinq prochaines années afin d'assurer un bon début dans la vie pour les enfants des Premières nations. Le Ministère recevra environ la moitié de ce financement. On établira les domaines précis de financement suite à des consultations communautaires, à des évaluations de programmes et à des tables rondes auprès des Autochtones.

Examen des dépenses

- Le Budget comprend le premier examen des dépenses fédérales par le Comité d'examen des dépenses. Le budget détermine 10,9 milliards de dollars de réduction des dépenses sur cinq ans, dans les économies tant à l'échelle du gouvernement que dans les initiatives du Ministère. Les réductions résultant des mesures concernant les économies à l'échelle du gouvernement totalisent 6,7 milliards de dollars et comprennent les initiatives dans des domaines comme l'approvisionnement, la gestion de l'immobilier et la prestation des services. Les répercussions totales de cet exercice sur Santé Canada reste à déterminer.
- La contribution du Ministère aux initiatives ministérielles provenant d'économies sur les programmes internes et l'administration s'élève à 196 millions de dollars sur cinq ans, grâces aux améliorations des économies ministérielles, à l'utilisation de produits d'information et à la rationalisation des programmes.

Personnes-ressources au Ministère

RÉGION DE L'ATLANTIQUE

Centre Maritime, Bureau 1918
1505, rue Barrington
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6
Téléphone : (902) 426-9564
Télécopieur : (902) 426-6659

RÉGION DU MANITOBA ET DE LA SASKATCHEWAN

391, avenue York, Bureau 300
Winnipeg (Manitoba) R3C 4W1
Téléphone : (204) 983-4764
Télécopieur : (204) 983-5325

RÉGION DU QUÉBEC

Complexe Guy-Favreau, Tour Est
Bureau 208
200, boul. René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H2Z 1X4
Téléphone : (514) 283-5186
Télécopieur : (514) 283-1364

RÉGION DE L'ALBERTA ET DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Canada Place, Bureau 710
9700, avenue Jasper
Edmonton (Alberta) T5J 4C3
Téléphone : (780) 495-5172
Télécopieur : (780) 495-5551

RÉGION DE L'ONTARIO ET DU NUNAVUT

25, avenue St. Clair Est, 4e étage
Toronto (Ontario) M4T 1M2
Téléphone : (416) 954-3593
Télécopieur : (416) 954-3599

RÉGION DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE ET DU YUKON

757, rue West Hastings, Bureau 235
Vancouver (Colombie-Britannique) V6C 1A1
Téléphone : (604) 666-2083
Télécopieur : (604) 666-2258

RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE

Téléphone : (613) 957-2991
Télécopieur : (613) 941-5366
Internet : http://www.hc-sc.gc.ca

POUR COMMANDER DES DOCUMENTS

Santé Canada
0900C2, Édifice Brooke-Claxton
Ottawa (Ontario) CANADA
K1A 0K9

ou

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366